



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Inteligencia emocional y depresión en adolescentes
víctimas y no víctimas de violencia familiar**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con
mención en Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

Nélida Amparo GELDRES VILLAFUERTE

ASESOR

Rosa Elena HUERTA ROSALES

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Geldres, N. (2016). *Inteligencia emocional y depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 17:00 horas del día lunes 14 de noviembre de 2016, en el Auditorio de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Juan Aníbal Meza Borja e integrado por:

Dr. Juan Aníbal Meza Borja	(Presidente)
Mg. Rosa Elena Huerta Rosales	(Asesora)
Mg. Carlos Velásquez Centeno	(Miembro)
Dra. Gloria Díaz Acosta	(Informante)
Dr. Marcelino Riveros Quiroz	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud de la Bachiller **NELIDA AMPARO GELDRES VILLAFUERTE**, quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Inteligencia emocional y depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar** con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

14 (Catorce) Aprobado

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

Magister en Psicología
con mención en Psicología Clínica y de la Salud

Se extiende la presente ACTA a las 19 hrs del 14 de noviembre de 2016.

Juan Aníbal Meza Borja
Presidente

Rosa Elena Huerta Rosales
Mg. Rosa Elena Huerta Rosales
Asesora

Carlos Velásquez Centeno
Mg. Carlos Velásquez Centeno
Miembro

Gloria Díaz Acosta
Dra. Gloria Díaz Acosta
Informante

Marcelino Riveros Quiroz
Dr. Marcelino Riveros Quiroz
Informante

En Memoria:

A

Ricardo y Daniela,
mis queridos e
inolvidables padres.
Con afecto y gratitud
eterna.

En Memoria:

A

Genoveva Elguera,
gran amiga y compañera
de la Maestría

Reconocimiento:

A

la Mg. Rosa Elena Huerta
por su valiosa experiencia,
conocimientos y la asesoría
brindada.

Resumen

En la presente investigación se ha estudiado las repercusiones asociadas a la inteligencia emocional y depresión, en una muestra de 212 adolescentes agrupados según la condición de violencia familiar (con y sin violencia). En la muestra evaluada, se ha encontrado la existencia de una relación significativa entre las variables mencionadas y los grupos seleccionados. Asimismo se halló diferencias significativas en los componentes intrapersonal y manejo del estrés, en relación a la ausencia de violencia familiar en adolescentes, siendo aquellos que obtienen un rango promedio mayor en estos componentes. Encontramos que los adolescentes que han vivido situaciones de violencia, presentan mayor índice de depresión. En el componente interpersonal con la depresión existe una relación negativa entre ambas variables solo en el grupo de adolescentes que sufre violencia familiar. Hallamos una relación significativa entre el componente intrapersonal, adaptabilidad y manejo del estrés con la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar. Encontramos que existen diferencias significativas para todos los componentes de la inteligencia emocional en el grupo de adolescentes víctimas de violencia familiar; y solo para el componente adaptabilidad en el grupo de adolescentes no víctimas de violencia familiar.

Palabras clave: Inteligencia emocional, depresión, adolescente, víctima de violencia familiar.

Abstract

The present research has studied the effects associated with emotional intelligence and depression in a sample of 212 adolescents grouped by condition of domestic violence (with or without violence). In the sample evaluated, it was found the existence of significant relation between the variables used and the sample selected. It was also found significant differences in intrapersonal and stress management components, being teenagers who do not suffer domestic violence who obtain a higher average range on these components. We found that adolescents who have experienced situations of violence, have a higher rate of depression. In the interpersonal component with depression there is a negative relationship between the two variables only in the group of adolescents who suffer domestic violence. We found significant relationship between intrapersonal component adaptability and stress management with adolescent depression victims and non-victims of domestic violence. We found significant differences for all components of emotional intelligence in the group of adolescents who are victims of domestic violence; and only for the adaptability component in the group of adolescents victims of domestic violence.

Keywords: Emotional Intelligence, depression, teenage victim of domestic violence

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES VICTIMAS Y NO VICTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR

Índice

	Página
Introducción	12
Capítulo I: Planteamiento del Problema	15
1.1 Descripción del problema	15
Formulación del problema	17
1.2 Justificación	17
1.3 Objetivos	19
Capítulo II: Marco Teórico	20
2.1 Antecedentes	20
2.2 Bases Teóricas del estudio	23
2.2.1 Inteligencia emocional	23
2.2.2 Depresión	32
2.2.3 Adolescencia	57
2.2.4 Violencia familiar	69
2.3 Definiciones de variables y conceptos	79
2.4 Hipótesis	80
Capítulo III: Metodología	82
3.1 Tipo y diseño de investigación	82
3.2 Población y muestra	83
3.3 Instrumentos y materiales	86
3.4 Procedimiento	96
3.5 Técnicas de análisis estadísticos	96
Capítulo IV: Resultados	98
4.1 Resultados y contrastación de las hipótesis	98
4.2 Análisis Complementario	109

Capítulo V: Discusión de los resultados	111
5.1 Análisis y discusión de los resultados	111
5.2 Conclusiones	117
5.3 Recomendaciones	118
Referencias bibliográficas	119
Anexos	128

Índice de tablas

	Página
Tabla 1	
Distribución de participantes según sexo	85
Tabla 2	
Distribución de participantes según edad	85
Tabla 3	
Distribución de participantes según grado de instrucción	85
Tabla 4	
Distribución de participantes según con qué familiar vive	90
Tabla 5	
Análisis de los ítems e índices de homogeneidad del Inventario de inteligencia emocional de BarOn ICE – NA	95
Tabla 6	
Análisis de los ítems e índices de homogeneidad del inventario de depresión para niños CDI	99
Tabla 7	
Coeficiente Kolmogorov – Smirnov en las variables a contrastar.	100
Tabla 8	
Coeficiente de correlación Rho de Spearman para la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.	101
Tabla 9	
Coeficiente de comparación de U de Mann - Whitney para los componentes de la Inteligencia emocional en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.	101
Tabla 10	
Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión en la muestra evaluada.	102
Tabla 11	103
Coeficiente de comparación de U de Mann - Whitney para la variable	

depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Tabla 12 104

Coeficiente de Correlación Rho de Spearman para el componente intrapersonal de la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Tabla 13

Coeficiente de Correlación Rho de Spearman para el componente interpersonal de la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar. 104

Tabla 14

Coeficiente de Correlación Rho de Spearman para el componente adaptabilidad de la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar. 105

Tabla 15

Coeficiente de Correlación Rho de Spearman para el componente manejo del estrés de la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar. 106

Tabla 16

Coeficiente de comparación de U de Mann - Whitney para los componentes de la inteligencia emocional considerando la presencia o no de depresión en la muestra total 107

Tabla 17

Coeficiente de comparación de U de Mann - Whitney para los componentes de la inteligencia emocional considerando la presencia o no de depresión en adolescentes víctimas de violencia familiar 108

Tabla 18

Coeficiente de comparación de U de Mann - Whitney para los componentes de la inteligencia emocional considerando la presencia o no de depresión en adolescentes no víctimas de violencia familiar 109

Tabla 19

Coeficiente de comparación Kruskal-Wallis para la inteligencia 109

emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar considerando la variable edad

Tabla 20

Coeficiente de comparación Kruskal-Wallis para la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar considerando el grado de instrucción 110

Índice de cuadros

	Página
Cuadro N°1	29
Componentes de la Inteligencia Emocional según Mayor y Salovey, Goleman y BarOn	
Cuadro N°2	50
Principales Síntomas Depresivos Según contexto	

Índice de Figura

	Página
Figura 1	
Enfoque eco sistémico	76
Figura 2	
Porcentaje de los participantes según sean víctimas o no de violencia familiar	84

INTRODUCCION

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes, es un grave problema de salud pública generalizado en el que intervienen variables psicológicas, culturales, económicas y sociales. El maltrato infantil es toda acción y omisión que ocasiona un perjuicio en el desarrollo biopsicosocial del niño/niña o del adolescente (Ministerio de Salud y Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2005). Si bien la noción de “maltrato infantil” alude a situaciones diferentes, todas ellas perjudican la salud física y/o psicológica de niños, niñas y adolescentes, ponen en riesgo el desarrollo integral del niño y del adolescente, son difíciles de solucionar sin ayuda externa y constituyen una grave vulneración de sus derechos (Averbuj, 2010).

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Mundial de la Salud, 2009). Es un fenómeno que produce numerosas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorio, como los daños psicológicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

Es importante mencionar que los datos más relevantes acerca de la realidad de este fenómeno son brindados por el informe mundial, sobre maltrato infantil en nuestro país, según la UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2009). Dicho informe manifestó que cada año la policía peruana recibe casi 4.500 denuncias de menores de edad que son maltratados en sus hogares, la región muestra un excesivo nivel de tolerancia cuando la violencia se da en la familia.

Por otro lado, según el Centro Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES, 2007), nos hace referencia que dos de cada diez atendidos en estos centros son menores de 18 años. Desde enero del año 2002 a Marzo del 2007 se han atendido 30,319 casos de niños, niñas y

adolescentes afectados por la violencia familiar y sexual; quienes recibieron 224,728 atenciones especializadas. Durante el año 2006 en los 48 de estos centros, se atendió un total de 7,045 niños, niñas y adolescentes con violencia familiar y sexual a nivel Nacional, los mismos que recibieron 82,939 atenciones. A la fecha los menores de 18 años constituyen el 24% de afectados por violencia familiar y sexual. La mitad de los menores de 18 años atendidos son adolescentes. Las personas afectadas entre 12 y 17 años de edad representan casi el 51% de víctimas menores de 18 años que acudieron a los centros entre los años 2002 a 2007.

En lo concerniente a la presente investigación, se plantea estudiar la inteligencia emocional y depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia de familiar, mostrada en cinco capítulos, además de las referencias bibliográficas y de los anexos respectivos.

En el primer capítulo se hace referencia a la exposición del estudio, en la que se formula el problema de la investigación, asimismo se presentan los antecedentes, la justificación y los objetivos.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, se inicia desarrollando los aspectos generales sobre la Inteligencia emocional, depresión, adolescencia, violencia familiar, dentro de ello el maltrato infantil. Además se presenta las hipótesis tanto general como las específicas, se concluye con las definiciones operacionales.

En el tercer capítulo versa sobre lo relacionado a la parte metodológica y se mencionan el nivel y tipo de investigación, el diseño utilizado, la descripción de los participantes. Asimismo se señalan y describen los instrumentos utilizados al igual que el procedimiento estadístico utilizado para la obtención de los datos, juntamente con las técnicas de análisis y procesamiento de datos.

El cuarto capítulo trata acerca de la presentación de los resultados, obtenidos en la investigación, según los objetivos e hipótesis propuestas.

Finalmente en el quinto capítulo, referido a la discusión de los resultados, se analiza lo hallado en función al sistema de hipótesis planteadas. Asimismo se

presenta el resumen, las conclusiones planteadas y se termina formulando sugerencias, por último se presentan las referencias bibliográficas al igual que los anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

La violencia familiar es un fenómeno social complejo, siendo considerado como un problema de salud pública. Una forma grave de violación de los derechos humanos y expresión de los ajustes profundos que existe en las relaciones entre los seres humanos. Afecta el bienestar general, la salud física y mental y el funcionamiento social de millones de personas. En particular, el número de niños afectados por la violencia cada año es una gran preocupación (Organización Mundial de la salud, 2009).

El maltrato infantil afecta el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de los niños. El sistema de estrés del cuerpo puede dañar el desarrollo del cerebro y otros órganos. Aumenta el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el estrés y el deterioro cognitivo (la capacidad de pensar, aprender y comprender). El maltrato es un factor de riesgo para la salud mental, la educación, el empleo y los problemas de relación en el futuro. También aumenta la probabilidad de comportamientos que son un riesgo para la salud, tal como fumar, beber en exceso, consumir drogas, comer en demasía y las prácticas sexuales de riesgo como una forma de autodestrucción. Las víctimas de malos tratos también son más propensos a convertirse en perpetradores y víctimas de otros tipos de violencia más tarde en la vida.

El maltrato infantil es más común en las familias que tienen dificultades para desarrollar relaciones estables, afectuosas y positivas, Asimismo los niños están en mayor riesgo de ser maltratados si un padre o tutor tiene una mala comprensión del desarrollo del niño y por tanto expectativas poco realistas sobre el comportamiento del menor (Organización Mundial de la salud, 2009). También es el caso de los padres y/o tutores que no los cuidan o demuestran poco afecto a los niños, son menos sensibles a ellos, aplican un estilo de

educación severo o incongruente y creen que el castigo corporal (por ejemplo, golpeando) es una forma aceptable de disciplina.

Escalante–Romero, L., et al, del Instituto Nacional de Salud del Niño en Lima (citado en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2012) señala que durante el año 2011, los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente (MAMIS) en los que se brindó atención en salud mental y hasta julio del 2012 la cantidad de casos atendidos fue de 76,688. El 55% de casos atendidos fueron por maltrato psicológico, 16% por maltrato por negligencia y maltrato físico y 13% por abuso sexual. Se consideraron 1798 registros. El 63,9% eran niñas y el 39,9% fueron adolescentes. El 60,6% de los agresores fueron varones y el 65,8% de las agresiones ocurrieron en casa. El 48,6% fueron registros de agresión sexual, que fue más frecuente en niñas (73,2%) y adolescentes (44,4%); en el 9,6% de los casos existió coito.

El registro de las diversas formas de agresión es complejo, aunado a una alta tasa de sub-registro; a pesar de ello, UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2009), informa que 40 millones de niños menores de 15 años sufren malos tratos y abandono y, aproximadamente, un 20% de las mujeres y un 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia (Organización Mundial de la salud 2009).

Vemos que los niños, niñas y adolescentes son vulnerables a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes. Estar expuestos a hogares violentos y agresivos origina diversos síntomas psicopatológicos en ellos, ya que no garantiza un adecuado ambiente psicosocial para su desarrollo. Así mismo se observa que las conductas depresivas, autodestructivas y suicidas parecen darse con mayor frecuencia en personas que han llevado vida familiares crónicamente estresantes, (Oliver, 2001). Además estos adolescentes se enmarcan en contextos como el alcoholismo, violencia en la escuela, dificultad en el aprendizaje, poco interés cognoscitivo y en el aspecto psicológico, impulsividad, baja tolerancia a las frustraciones y autoimagen negativa. Es decir, que las expectativas de vida para los adolescentes se ve detenida, porque existen estilos de afrontamiento inadecuados, de resolución de problemas, de control de emociones, factores que involucran la inteligencia

emocional, que si bien se pueden originarse naturalmente de los cambios físicos y psicológicos, de las interacciones y relaciones sociales que son propias de la edad, como señala Suarez, Y. (citado en Revista de Psicología del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 2011).

1.1.2. Formulación del Problema:

Por lo expuesto, surge la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad víctimas y no víctimas de violencia familiar?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación forma parte de una inquietud originada en la experiencia profesional, que se ha tenido en diversos centros de salud como en las regiones de nuestro país.

Se sabe que en el Centro Emergencia Mujer del ministerio de la mujer y desarrollo Social (MINDES), dos de cada diez atendidos, son menores de 18 años. Desde enero del año 2002 a Marzo del 2007 se han atendido 30,319 casos de niños, niñas y adolescentes afectados por la violencia familiar y sexual; quienes recibieron 224,728 atenciones especializadas. Cifras que son alarmantes ya que hasta la fecha los menores de 18 años constituyen el 24% de afectados por violencia familiar y sexual. Cabe destacar que esta proporción de casos denunciados y atendidos, están en aumento tanto en número como en porcentajes debido a las campañas de sensibilización que promueven la denuncia de los maltratos y abusos contra los niños, niñas y adolescentes (Viviano, 2007).

Por los antecedentes expuestos, el presente estudio cobra importancia ya que permite analizar una de las consecuencias emocionales que presentan los niños, niñas y adolescentes que han estado sumergidos en ambientes agresivos y negligentes, siendo las secuelas de las agresiones psicológicas tan nefastas como las generadas por las agresiones físicas. y como esa variable emocional se relaciona con la inteligencia emocional. Al respecto, Ugarriza, N. & Pajares, L. (2006), refieren que se puede apreciar que la

inteligencia emocional juega un papel significativo, ya que, dependiendo del desarrollo del mismo, los adolescentes se desenvolverán exitosamente ante las demandas externas, caso contrario van a actuar de manera ineficaz.

Es así que el presente estudio permitirá conocer cuáles son las características de las familias que llegan a la violencia familiar en zonas de pobreza. Asimismo, los resultados que se obtengan permitirán conocer el desarrollo o la interferencia en su inteligencia emocional así como la presencia de la violencia familiar, pueda propiciar depresión; dado que el adolescente de ese tipo de familia no tiene la formación necesaria para desarrollar actitudes emocionalmente inteligentes. No fortalece las relaciones entre sus miembros, perturbando su equilibrio como grupo y/o propiciando. actos delictivos; uso de sustancias psicoactivas; y conductas sexuales tempranas no protegidas que pueden ocasionar a su vez un embarazo precoz

El estudio será relevante porque a través de este se llegará a tener y enfocar más conocimientos de esta problemática en la práctica, es decir, analizar los efectos que tiene la violencia familiar frente a la aparición de la depresión y conocer la repercusión en el manejo de su inteligencia emocional, que permiten ver su desenvolvimiento social. Se plantea la implementación de un programa de inteligencia emocional, como respuesta a los problemas específicos: la violencia, la adaptación social, estilo de afrontamiento y el manejo de emociones. También a partir de los resultados obtenidos se podrá proponer programas preventivos promocionales para el maltrato. Finalmente, plantear el abordaje integral en el tratamiento de los adolescentes deprimidos, víctimas de la violencia familiar que viven en zonas de alto riesgo donde se encuentran personas desplazadas por la violencia política, la misma que se distingue de otras poblaciones.

1.3 OBJETIVOS

En la presente investigación, se consideran los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Establecer la relación entre los componentes de la inteligencia emocional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito del Vitarte.

Objetivos Específicos:

- Identificar los componentes de la inteligencia emocional en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito del Vitarte.
- Identificar los niveles de depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de familiar de una institución educativa del distrito del Vitarte.
- Determinar la relación entre el componente intrapersonal con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de familiar de una institución educativa secundaria del distrito del Vitarte.
- Establecer la relación entre el componente interpersonal con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito del Vitarte.
- Determinar la relación entre el componente adaptabilidad y la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad con y sin violencia familiar de una institución educativa del distrito del Vitarte.
- Establecer la relación entre el componente manejo del estrés con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad con y sin violencia familiar de una institución educativa del distrito del Vitarte.
- Describir y comparar los componentes de la inteligencia emocional con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito del Vitarte.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Dentro de las investigaciones de nuestro medio, tenemos el primer trabajo de adaptación del Inventario de Depresión para Niños (CDI), con niños peruanos. Fue realizado por Raffo, L. 1994 (Citado en la Revista de Psicología de la PUCP, 1994), quien utilizó una muestra de 20 niños con diagnóstico clínico de depresión, 30 niños escolares de una zona marginal y 35 niños institucionalizados del Puericultorio Pérez Aranibar.

El objetivo de la investigación fue hallar la correlación entre depresión y el autoconcepto en niños institucionalizados. Se tuvo que adaptar y validar el CDI para la muestra. Los resultados fueron sorprendentes, los niños institucionalizados no mostraron cómo se hipotetizó mayor depresión que los niños no institucionalizados de la zona urbano – marginal sino fue lo contrario, sin haber diferencias significativas.

Además, tampoco hubo diferencias significativas entre el grupo depresivo y el grupo de la zona urbano – marginal. Esto sugiere que las condiciones de vida de los niños de esas zonas están asociadas a niveles clínicos de depresión. Por lo tanto, el nivel socioeconómico bajo sería una variable que tiene relevancia en el grado de depresión.

Arenas, S. realizó un estudio en el 2009 (Citado en Cybertesis UNMSM, 2013) sobre la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Se efectuó en una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos. Se le administraron el Cuestionario Tetra Dimensional de Depresión (CET-DE).

Se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes, no presenta correspondencia significativa en la muestra estudiada. Asimismo, dichas variables no guardan diferencias importantes según sexo.

Finalmente, en cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

Como otro estudio realizado en el 2005, por Matalinares, M., et al, (Citado en Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología) sobre Inteligencia Emocional y Autoconcepto en colegiales de Lima metropolitana. Tuvo como objetivo principal establecer si existía o no relación entre la Inteligencia Emocional y el Autoconcepto, en los colegiales de Lima Metropolitana. Se evaluó inicialmente a 601 colegiales de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre 15 y 18 años, que cursaban el quinto de secundaria, procedentes de ocho centros educativos estatales de Lima Metropolitana, a quienes se aplicó el Inventario Inteligencia Emocional, propuesto por Ice Bar On, y el test de Evaluación de Autoconcepto, propuesto por Musitu, García y Gutiérrez.

Los resultados arrojaron una correlación positiva entre ambas variables. Se encontró, también, relación entre la Inteligencia Emocional y los componentes social y emocional del Autoconcepto. Se encontró, además, relación positiva entre el Autoconcepto y la comprensión emocional de sí y el cociente emocional de la Prueba de Inteligencia Emocional.

Al comparar el autoconcepto de varones con mujeres, se encontró diferencias significativas en el componente académico, a favor de las mujeres, y en el componente emocional, a favor de los varones. Por último, al comparar varones y mujeres en Inteligencia Emocional, se encontró diferencias significativas a favor de las mujeres, en el cociente emocional interpersonal de la Prueba de Inteligencia Emocional.

Como otra investigación “Inteligencia emocional en adolescentes gestantes y no gestantes de un asentamiento humano de la provincia de Piura” fue llevado a cabo por Bayona, S. y Quintana, E. (2010).

Se plantea como objetivo general determinar la diferencia existente en el cociente emocional total de la inteligencia emocional de las adolescentes de un asentamiento humano de la provincia de Piura.

La investigación fue de tipo descriptiva – comparativa. Se utilizó el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn – ICE en Jóvenes y Adultos. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en el Cociente Emocional Total.

El estudio muestra que las adolescentes no gestantes presentan un mayor porcentaje en el nivel promedio; sin embargo, las adolescentes gestantes presentan un mayor porcentaje en el nivel bajo.

Asimismo, se encontró diferencia estadísticamente significativa en el Componente Interpersonal, demostrándose que las adolescentes no gestantes presentan un mayor porcentaje en el nivel promedio, mientras que las adolescentes gestantes presentan mayor porcentaje en el nivel muy bajo.

Finalmente, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en los componentes: intrapersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y estado de ánimo general. Lo cual indica que ambos grupos poseen porcentaje similar en los niveles: promedio y bajo.

La investigación relevante ejecutada en España versa sobre “Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional”, ejecutada por Salguero, J. y Cols. (2011). El objetivo del presente estudio fue el de analizar la influencia de la percepción emocional, una de las habilidades recogidas dentro de la Inteligencia Emocional, sobre el ajuste personal y social de una muestra de adolescentes españoles. Un total de 255 alumnos completaron una tarea de ejecución diseñada para evaluar la percepción emocional en la adolescencia así como diferentes medidas de ajuste social y personal.

Los resultados de los análisis de correlación y regresión mostraron cómo los adolescentes con una mayor habilidad para reconocer los estados emocionales de los demás informaron de mejores relaciones sociales con iguales y padres, menor tensión en sus relaciones sociales, así como de un mayor nivel de confianza y competencia percibida. Además, estos resultados se mantuvieron tras controlar los efectos de la edad, el sexo y la personalidad.

Por otro lado se puede observar que la violencia trae varios problemas conductuales, emocionales y sociales en las víctimas, un sonado problema en tiempos actuales es la depresión, en referencia a ello, Pomalima, R., (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2014), menciona que alrededor del 70% de niños (as) y adolescentes que sufren un trastorno depresivo pueden presentar ideas suicidas, además indicó que de acuerdo a los estudios epidemiológicos del INSM “HD-HN” el 3,5% de la población infantil de 6 a 10 años y el 8% de adolescentes peruanos sufren de episodios depresivos. El adolescente que padece este trastorno depresivo presenta conductas exteriorizadas como protesta, rabia, irritabilidad y conductas agresivas, por lo que muchos autores la denominan “depresión enmascarada”.

2.2 BASES TEÓRICAS DEL ESTUDIO

2.2.1 INTELIGENCIA EMOCIONAL

El siglo XXI será dentro del ámbito de la Psicología el siglo de las emociones. Actualmente, la mayoría de los investigadores reconocen la importante influencia que ejercen los aspectos emocionales sobre el bienestar y la adaptación individual y social. Una buena prueba de este creciente interés por analizar la influencia de las emociones en todos los ámbitos de la vida es el progresivo desarrollo que se está produciendo en los últimos años en el ámbito de la Inteligencia Emocional (Ramos, Enríquez & Recondo, 2012).

Taylor, Bagby y Parker en 1997, hacen referencia a algunos aspectos procesuales de la Inteligencia Emocional cuando indican que una emoción se produce de la siguiente forma (citados por Ramos, Enríquez & Recondo, 2012):

1. Informaciones sensoriales llegan a los centros emocionales del cerebro.
2. Se produce una respuesta neurofisiológica.
3. El neocórtex interpreta la situación.

De acuerdo con este mecanismo, en general hay bastante acuerdo en considerar que: “Emoción es un estado complejo del organismo caracterizado

por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como una respuesta a un acontecimiento externo o interno.

El proceso de valoración puede tener varias fases. Según Lazarus (citado por Ramos, Enríquez & Recondo, 2012) hay una valoración primaria sobre la relevancia del evento: ¿Es positivo o negativo para el logro de nuestros objetivos? En una evaluación secundaria se consideran los recursos personales para poder afrontarlo: ¿Estoy en condiciones de afrontar esta situación?

Gran parte de lo que el cerebro realiza cuando se produce una emoción sucede independientemente del conocimiento consciente; se realiza de forma automática. La mayoría de las emociones se generan inconscientemente, asimismo existen reacciones emocionales innatas y acciones emocionales voluntaria. Las respuestas de evitación se encuentran a mitad del camino entre ambas. Cuando hablamos de acciones emocionales voluntarias nos referimos a los sentimientos. El estado de ánimo se refiere a un estado emocional mantenido durante semanas o más tiempo. Las emociones nos dicen qué hechos son verdaderamente importantes en nuestra vida.

Hay tres componentes en una emoción: neurofisiológico, conductual y cognitivo. Lo neurofisiológico se manifiesta en respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, rubor, sequedad en la boca, cambios en los neurotransmisores, secreciones hormonales, respiración, etc. Todas estas son respuesta involuntarias que el sujeto no puede controlar, sin embargo, se pueden prevenir mediante técnicas apropiadas como la relajación.

La observación del comportamiento de un individuo permite inferir qué tipo de emociones está experimentando. Las expresiones faciales, el lenguaje no verbal, el tono de voz, volumen, ritmo, movimientos del cuerpo, etc., aportan señales de bastante precisión sobre el estado emocional.

El componente cognitivo o vivencia subjetiva es lo que a veces se denomina sentimiento. Sentimos miedo, angustia, rabia y muchas otras

emociones. Para distinguir entre el componente neurofisiológico y el cognitivo, a veces se emplea el término “emoción”, en sentido restrictivo, para describir el estado corporal (es decir, el estado “emocional”) y se reserva el término “sentimiento” para aludir a la sensación consciente (cognitiva). El componente cognitivo hace que califiquemos un estado emocional y le demos un nombre. El etiquetado de las emociones está limitado por el dominio del lenguaje. Dado que la introspección a veces es el único método para llegar al conocimiento de las emociones de los demás, las limitaciones del lenguaje imponen serias restricciones a este acontecimiento, pero al mismo tiempo dificultan la toma de conciencia de las propias emociones. Este déficit provoca la sensación de “no sé qué me pasa”, lo cual puede tener efectos negativos sobre la persona, de ahí la importancia de una educación emocional encaminada, entre otros aspectos, a un mejor conocimiento de las propias emociones y del dominio del vocabulario emocional (citado por Ramos, Enríquez & Recondo, 2012). Tal como señala Damasio, A. (2005), en su estudio de las emociones. El autor ha investigado como campo prioritario de interés las bases neurológicas de la mente, especialmente, en lo que se refiere a los sistemas neuronales, subyacentes a la memoria, el lenguaje, las emociones y el procesamiento de decisiones; así como la relación entre las emociones y los sentimientos y las bases de éstos en el cerebro. Ello nos lleva a deducir que los pensamientos que se relacionan con la emoción llegan después de que ésta haya comenzado, es decir, después de sentir la emoción, se producen los pensamientos propios de la emoción.

En los últimos años la psicología ha mostrado un especial interés por conocer los mecanismos que subyacen al procesamiento de la información emocional y a la relación entre los procesos cognitivos y emocionales. Esta línea de trabajo se basa en la consideración de las emociones no sólo como mecanismos indispensables para la supervivencia del organismo como plantea Darwin en 1972 (citado por Ramos, Enríquez & Recondo, 2012), sino también como procesos adaptativos capaces de motivar la conducta, ayudar a los procesos de memoria a almacenar y evaluar acontecimientos relevantes, focalizar la atención en un número limitado de opciones, favorecer la toma de decisiones e influir en la determinación final de nuestro comportamiento.

Desde esta perspectiva las emociones representan una fuente de información útil acerca de las relaciones que se establecen entre el individuo y su medio según Salovey, Mayer, Goldman; Turvey y Palfai en 1995, (citados por Ramos, Enríquez & Recondo, 2012). El hecho de poseer determinadas habilidades para reflexionar acerca de esta información e integrarla en nuestro pensamiento puede suponer un requisito importante a la hora de manejar nuestras vidas y de favorecer una adecuada adaptación social y emocional. Así el término “emoción” para el estudio de su implicación en la adaptación del ser humano nos conduce al concepto de Inteligencia Emocional.

Inteligencia Emocional es un constructo que tiene sus orígenes en el concepto de Inteligencia Social de Thorndike en 1920, quien la define como la habilidad para comprender y dirigir a hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas.

Thorndike y Stein en 1937 (citado en Cabrera, 2011) alegaron que la inteligencia general fuese dividida en tres facetas: inteligencia abstracta (gestionar y entender ideas), inteligencia mecánica (gestionar y entender objetos concretos), e inteligencia social (gestionar y entender personas). Esta última representa la capacidad de percibir los comportamientos y los motivos propios y de los otros, así como su utilización eficaz en situaciones sociales y la utilización de ese conocimiento social para actuar de forma adecuada.

Para algunos autores, la definición de “inteligencia general” de David Wechsler es probablemente una de las más útiles y la que más se presta para considerar otras formas de inteligencia además de la inteligencia cognoscitiva. Él considera a la inteligencia general como una capacidad agregada o global del individuo para actuar intencionalmente, pensar racionalmente y adecuarse eficazmente a su entorno. Es decir, este incluye la capacidad de adaptarse a situaciones nuevas y enfrentar de manera exitosa las situaciones de la vida.

A pesar que Wechsler, se centró más en los aspectos intelectuales o cognoscitivos de la inteligencia, no negó la existencia o la importancia del componente no cognoscitivo de la inteligencia general. De hecho, Wechsler trató estos “factores no intelectuales” de la inteligencia a inicios de 1940.

Los trabajos de Wechsler fueron retomados por Gardner en el año 1983, quien había planteado la no existencia de una inteligencia única fundamental para el éxito en la vida. Postulaba un amplio espectro de inteligencias con siete variedades claves, a través de su teoría de las inteligencias múltiples entre las que se incluían las inteligencias “intrapersonal” e “interpersonal”.

Gardner en 1983 (citado en Cabrera, 2011), define: “La inteligencia interpersonal se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intervenciones. En forma más avanzada, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado. La inteligencia intrapersonal es el conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerlas un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta”.

La tesis de Gardner abrió, en cierto modo, el desarrollo de una línea que afirmaba la importancia de los elementos afectivos, emocionales y sociales en el desarrollo de la persona, así como en el éxito que pudiera obtener en su interacción con el entorno.

La denominación de inteligencia emocional nace por primera vez en 1985, en los trabajos de Reuven BarOn, quien acuña también el término cociente emocional para describir su manera de evaluar la competencia emocional y social. Sin embargo, estos conceptos logran una amplia acogida a partir de los estudios de Salovey y Mayer (1989 – 1990), quienes construyeron un modelo sobre habilidades personales, emocionales y sociales que en su conjunto denominaron Inteligencia Emocional. Todo esto tuvo su inicio en el intento por desarrollar una forma de medir científicamente las diferentes habilidades de la gente en el área emocional. Ellos notaron que algunas personas eran más competentes que otras en cosas como identificar sus propios sentimientos, identificando los sentimientos de otros, y solucionando problemas que involucraran aspectos emocionales, produciéndose posteriormente una

extraordinaria difusión editorial gracias a las obras publicadas por Goleman (citado en Guilera, 2007).

El modelo de Goleman destaca la inteligencia emocional en términos de una teoría de desarrollo. Presenta una teoría de desempeño que tiene aplicabilidad directa al dominio del trabajo y efectividad de la organización. El concepto de la teoría de Goleman del desempeño de la inteligencia emocional comprende un grupo discreto de capacidades que integran habilidades afectivas y cognitivas, pero que son distintas de las habilidades medidas por los tests tradicionales de coeficiente intelectual (CI). Asimismo, distingue entre la inteligencia emocional y las competencias emocionales, las que define como “la capacidad de aprendizaje basado en la inteligencia emocional, que resulta de un desempeño sobresaliente en el trabajo”.

Por otro lado, en sus primeras contribuciones teóricas Salovey & Mayer en 1990 (citado por Ugarriza & Pajares, 2005) definieron la inteligencia emocional como la “habilidad para monitorear nuestros propios sentimientos y emociones y las de los demás, para discriminar entre ellas y usar esta información para guiar nuestros pensamientos y acciones”.

Posteriormente estos autores revisaron esta definición enfatizando cuatro componentes primarios de la inteligencia emocional: la percepción, evaluación y expresión de la emoción; la facilitación emocional del pensamiento; la comprensión, análisis y el empleo del conocimiento emocional; y el control de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual. La teoría formulada por ellos enmarca la inteligencia emocional dentro de un modelo de inteligencia, enfatizando el aspecto cognitivo para diferenciarlo de las habilidades sociales, centrándose en aptitudes mentales específicas para reconocer y ordenar las emociones. Sugirieron además que un modelo de inteligencia emocional debe incluir alguna medida de “pensar acerca de los sentimientos”, una aptitud no tomada en cuenta por otros modelos que se centraban en la percepción y regulación de los sentimientos.

Cuadro N°1
Componentes de la Inteligencia Emocional según

<i>Mayer y Salovey</i> (1990)	<i>Goleman</i> (1995)	<i>BarOn</i> (1997)
1. Conocer las propias emociones	1. Conocimiento de las propias emociones	1. Intrapersonal: Comprensión emocional de sí mismo Asertividad Autoconcepto Autorrealización Independencia
2. Manejo de las Emociones	2. Capacidad de controlar las emociones	2. Interpersonal: Empatía Relaciones Interpersonales Responsabilidad Social
3. Motivarse a uno mismo	3. Capacidad de Motivarse a uno mismo	3. Adaptabilidad: Solución de Problemas Prueba de Realidad Flexibilidad
4. Reconocer las emociones en los demás	4. Reconocimiento de las emociones ajenas	4. Manejo de Estrés: Tolerancia al Estrés Control de Impulsos
5. Capacidad de relacionarse con los demás	5. Control de las Relaciones	5. Estado de Ánimo en General: Felicidad Optimismo

Fuente: *Mayer y Salovey, Goleman y BarOn*

Conforme al modelo de inteligencia emocional social propuesto por BarOn (2006), la inteligencia emocional-social es una sección transversal de las competencias emocionales y sociales relacionados entre sí, las habilidades y los facilitadores que determinan la eficiencia con que nos entendemos y nos expresamos, entendemos a los demás y nos relacionamos con ellos, y hacemos frente a las demandas diarias. Como tal, nuestra inteligencia emocional es un factor importante en la determinación de nuestra habilidad para tener éxito en la vida influyendo directamente en nuestro bienestar emocional general. Las competencias emocionales y sociales, las habilidades y los facilitadores a los que se hace referencia en esta conceptualización incluyen cinco componentes principales, y cada uno de estos componentes

comprende una serie de competencias estrechamente relacionadas, habilidades y facilitadores. De acuerdo con este modelo, ser emocionalmente y socialmente inteligente es entenderse y expresarse con eficacia, entender y relacionarse bien con los demás, y enfrentarse con éxito a las demandas diarias, desafíos y presiones. Esto se basa, ante todo, en nuestra propia habilidad intrapersonal de ser consciente de sí mismo, de entender las propias fortalezas y debilidades, y de expresar nuestros sentimientos y pensamientos de forma no destructiva. A nivel interpersonal, ser emocional y socialmente inteligente abarca la capacidad de ser consciente de las emociones, los sentimientos y las necesidades de los demás, y para establecer y mantener relaciones cooperativas, constructivas y mutuamente satisfactorias. Finalmente, ser emocional y socialmente inteligente significa manejar efectivamente el cambio personal, social y ambiental para hacer frente a la situación inmediata de manera realista y flexible, resolver problemas y tomar decisiones. Para ello, tenemos que manejar las emociones de manera que estas trabajen para nosotros y no contra nosotros, y tenemos que ser lo suficientemente optimistas, positivos y auto-motivadores.

De acuerdo a BarOn (Ugarriza & Pajares, 2006), las personas saludables que funcionan bien y son exitosas poseen un grado suficiente de inteligencia emocional. La inteligencia emocional se desarrolla a lo largo del tiempo, cambia a través de la vida y se puede mejorar con entrenamiento, programas recuperativos y psicoterapia. La inteligencia emocional se combina con otros determinantes importantes de nuestra habilidad para tener éxito en adaptarse a las demandas del medio ambiente, tales como las características de la personalidad y la capacidad intelectual cognitiva.

El modelo de BarOn es multifactorial y se relaciona con el potencial para el rendimiento, antes que con el rendimiento en sí mismo. Es un modelo orientado hacia el proceso antes que un modelo orientado hacia los logros.

Este modelo comprende cinco componentes principales: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo general. A su vez, cada una de estas amplias dimensiones involucra un número de subcomponentes que son habilidades relacionadas.

- **Componente Intrapersonal:** se refiere al sí mismo, el yo interior. Comprende los siguientes subcomponentes: **Comprensión Emocional de Sí Mismo** que es la habilidad para percatarse y comprender nuestros sentimientos y emociones, diferenciarlos y conocer el porqué de los mismos; **Asertividad** que es la habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos sin dañar los sentimientos de los demás y defender nuestros derechos de manera no destructiva; **Autoconcepto** que es la habilidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo, reconociendo los aspectos positivos y negativos propios como también nuestras limitaciones y posibilidades; **Autorrealización** que es la habilidad para realizar lo que realmente podemos, queremos y disfrutamos de hacerlo; e **Independencia** que es la habilidad para autodirigirse, sentir seguridad de sí mismo con respecto a nuestros pensamientos, acciones y ser independientes emocionalmente para tomar nuestras decisiones.

- **Componente Interpersonal:** abarca las habilidades y el desempeño interpersonal. Comprende los siguientes subcomponentes: **Empatía** que es la habilidad para percatarse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás; **Relaciones Interpersonales** que es la habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales mutuas satisfactorias que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad; y **Responsabilidad Social** que es la habilidad para demostrarse a sí mismo como una persona que coopera, contribuye y que es un miembro constructivo del grupo social.

- **Componente de Adaptabilidad:** permite apreciar cuán exitosa es la persona para adecuarse a las exigencias del entorno, evaluando y enfrentando de manera efectiva las situaciones problemáticas. Comprende los siguientes subcomponentes: **Solución de Problemas** que es la habilidad para identificar y definir los problemas como también para generar e implementar soluciones efectivas; **Prueba de la Realidad** que es la habilidad para evaluar la correspondencia entre lo que experimentamos (lo subjetivo) y lo que en realidad existe (lo objetivo); y la **Flexibilidad** que es la habilidad para realizar un ajuste adecuado de

nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.

- Componente de Manejo de Estrés: comprende los siguientes subcomponentes: Tolerancia al Estrés que es la habilidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones sin “desmoronarse”, enfrentando activa y positivamente el estrés; y el Control de Impulsos que es la habilidad para realizar un ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.

- Componente del Estado de Ánimo en General: reúne los siguientes subcomponentes: Felicidad que es la habilidad para sentirnos satisfechos con nuestra vida, para disfrutar de uno mismo y de otros y para divertirse y expresar sentimientos positivos; y Optimismo que es la habilidad para ver el aspecto más brillante de la vida y mantener una actitud positiva, a pesar de la adversidad y los sentimientos positivos.

Un modelo relacionado fue empíricamente desarrollado por BarOn y corroborado por Ugarriza por medio del análisis factorial confirmatorio de segundo orden; este modelo es particularmente interesante porque forma la base teórica del inventario de cociente emocional de BarOn que es la medición de la inteligencia emocional más ampliamente utilizada en adultos y que ha servido como base para el desarrollo de la versión para niños y adolescentes.

2.2.2 DEPRESIÓN

La depresión en niños y adolescentes, a diferencia de la depresión en adultos, es un fenómeno que se ha venido estudiando como entidad independiente, formada por un síndrome depresivo infantil, este concepto fue el que prevaleció en el primer congreso sobre depresión infantil en 1975, mencionado por Doménech, E., Ezpeleta L. García A. (1988) citando a Schuler, Brandt y Rasquin (1977), organizado por el National Institute of Mental Health. La mayoría de los autores dedicados a la investigación psicopatológica de los trastornos afectivos en la infancia, aceptan la depresión

infantil desde 1960. Asimismo sostienen la necesidad de tratamiento farmacológico.

Recientemente, la depresión en niños y adolescentes ha sido un foco de atención e investigación que ha ido creciendo, hasta llegar a ser una de las áreas que mayor atención ha recibido dentro de la clínica infantil. Actualmente es ampliamente aceptado que la depresión infantil es un trastorno que puede llevar incluso al suicidio y se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto al estado afectivo como a las esferas cognitivas y conductuales donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica.

2.2.2.1 Características Clínicas de la Depresión

La posición más aceptada en la actualidad sostiene que la depresión infantil y adulta son semejantes, aunque la edad modula las características y las repercusiones negativas del trastorno. Varios autores han puesto conjuntos de criterios operativos para diagnosticar específicamente la depresión en la infancia. Probablemente, los de mayor impacto son los criterios propuestos por Weinberg (Caballo y Simón, 2001).

Síntomas Principales

I. Estado de ánimo disfórico (melancolía)

- a. Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
- b. Cambios en el estado de ánimo, malhumor.
- c. Irritabilidad, se enfada fácilmente.
- d. Hipersensibilidad, llora fácilmente.
- e. Negativismo, resulta difícil de complacer.

II. Ideación autodespreciativa

- a. Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo).
- b. Ideas de persecución.
- c. Deseos de muerte.
- d. Deseo de huir, de escaparse de casa.
- e. Tentativas de suicidio.

Síntomas Secundarios

III. Conducta agresiva (agitación)

- a. Dificultades en las relaciones interpersonales.
- b. Facilidad para riñas y dependencias.
- c. Poco respeto a la autoridad.
- d. Beligerancia, hostilidad, agitación.
- e. Discusión, peleas excesivas o ira súbita.

IV. Alteraciones del sueño

- a. Insomnio inicial.
- b. Sueño inquieto.
- c. Insomnio tardío.
- d. Dificil despertar por la mañana.

V. Cambios en el rendimiento escolar

- a. Quejas frecuentes de los maestros: ensimismados, pobre concentración, escasa memoria.
- b. Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.
- c. Pérdida del interés habitual en tareas escolares.

VI. Socialización Disminuida

- a. Menor participación en grupo.
- b. Sociabilidad disminuida, menos simpático, menos agradable.
- c. Retraimiento social.
- d. Pérdida de los intereses sociales habituales.

VII. Cambio de actitud hacia la escuela.

- a. Pérdida de placer en actividades escolar
- b. Negativa o rechazo a ir a la escuelas

VIII. Quejas somáticas

- a. Cefalalgias no migrañosas.
- b. Algias abdominales.
- c. Mialgias.
- d. Otras preocupaciones o quejas somáticas

VIII. Pérdida de la energía habitual

- a. Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares.
- b. Disminución de la energía, fatiga física y/o mental.

IX. Cambios en el apetito y/o en el peso habitual

Por otro lado, a nivel internacional prevalecen los criterios DSM aplicables a los niños con ligeros matices. Los síntomas incluidos en el DSM IV – TR, excepto las cogniciones y las conductas suicidas, han de presentarse casi

todos los días, por lo menos durante dos semanas consecutivas. De acuerdo a este para considerar la presencia de un síntoma es suficiente el informe del niño, excepto en la agitación o en el enlentecimiento psicomotor que tienen que resultar tan graves como para ser observables por los demás y no constituir únicamente una sensación subjetiva. Los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa, provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad.

De acuerdo al DSM IV – TR, 1994, excluye el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios de episodio mixto (maníaco y depresivo), si se deben a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, pérdida significativa de peso ocasionada por una drástica reducción de la ingesta asociada a la idea delirante de que la comida está envenenada), a los efectos de una droga (por ejemplo, intoxicación por alcohol), de un medicamento (por ejemplo, corticoides), de una enfermedad (por ejemplo, hipotiroidismo), o si se explican mejor por la presencia de duelo (por ejemplo, inicio y remisión de síntomas de intensidad leve en los dos meses inmediatamente posteriores a la pérdida de un ser querido).

Con respecto al DSM 5, (2013), se aprecian cambios en relación al DSM-IV TR, referidas a la ubicación, y en el número de tipos de trastornos.

En relación a la ubicación, es que la depresión, ya no está dentro de los trastornos afectivos, como ocurría en el DSM –IV, sino que se ubica en el apartado específico, “trastornos depresivos”, que se definen como trastornos del estado de ánimo; en ellos incluyen: trastorno disruptivo de regulación del ánimo, depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), disforia premenstrual, trastornos depresivos inducidos por droga o medicación, trastornos depresivos debido a otras razones médicas, y otros trastornos depresivos. (Gonzales y Montoya-Castilla, 2015)

En lo que concierne a los criterios permanecen los mismos, aunque en algunos casos aparecen en distinto orden. El número es ligeramente diferente, porque aparecen el trastorno disruptivo de regulación del ánimo y el trastorno

premenstrual como nuevas formas de trastornos afectivos, y desaparecen los trastornos bipolares.

Respecto a los criterios diagnósticos, se aprecian que distímico o trastorno depresivo persistente, para este diagnóstico se requiere en relación al tiempo una duración de al menos, un año en los niños. Con respecto al trastorno disfórico premenstrual, es sólo aplicable a mujeres adolescentes, en la mayoría de los ciclos deberían estar presentes en la semana antes de la menstruación y llegando a ser mínimos o ausentes en la semana post – menstruación.

Las causas y las intervenciones sugeridas para el tratamiento de la depresión se han ido modificando de acuerdo a las tendencias teóricas de la época. Los modelos que explican el surgimiento de la depresión se pueden agrupar en cinco enfoques principales: el psicodinámico, los modelos cognitivo-conductuales, los modelos interpersonales-sociales, los biológicos y el modelo evolutivo (Solloa, 2006).

2.2.2.2 El Modelo Cognitivo de la Depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983)

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Concepto de Tríada Cognitiva

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente hacia sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es inútil, carece de valor. Tiende

a subestimarse y a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el

pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.

Organización Estructural del Pensamiento Depresivo

El segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué un paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término esquema designan a estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como el individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo

durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntarios sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Errores en el Procesamiento de la Información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas

4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

La investigación ha puesto de manifiesto en la depresión infantil y en el adolescente una visión negativa de uno mismo (reflejada en baja autoestima), del mundo y del futuro, no obstante, si bien los niños deprimidos aún no han desarrollado esta triada cognitiva, sí presentan una pobre autoestima, se perciben menos competentes, muestran distorsiones en sus pensamientos y se sienten desesperanzados en relación al futuro. Asimismo, es importante destacar que aunque estos patrones predominantes se establecen en la infancia, en todos los pacientes que más tarde sufrirán un desorden afectivo coexisten otros patrones secundarios (Solloa, 2006).

2.2.2.3 El enfoque Biológico de la Depresión

Tenemos que, Alonso-Fernández, A. 2008, manifiesta que la etiología fundamental de la depresión, integrada, según los casos, por predisposición genética, situaciones estresantes en la vida, conflictos intrapsíquicos o enfermedad física, o una combinación de factores de estas series, determina la irrupción del estado depresivo, actuando sobre el cerebro, mediante una serie de mecanismos neuroquímicos, neurofisiológicos, neuroendocrinos y neuroinmunológicos, englobados en el proceso que constituye la patogenia o etiología inmediata de la depresión. Cualquier agente causal perteneciente a uno de los cuatro mecanismos señalados impacta o repercute sobre el cerebro ocasionando una alteración de las vías neurotransmisoras de modo tal que, a partir de esta alteración neuroquímica, se disparan una serie de mecanismos en cascada patoneurofisiológicos, patoneuroendocrinos y patoneuroinmunológicos.

En la práctica se observa que, algunas personas son más vulnerables que otras frente a las adversidades que se les presenta a lo largo de la vida. Los científicos Ashalom Caspi, 2003, psiquiatra del Medical Research Council de Inglaterra, asociado a un grupo de investigadores de Nueva Zelandia, afirman haber identificado una versión de un gen común que jugaría una función significativa frente a acontecimientos adversos ambientales. Con ello tratan de explicar el por qué algunas personas frente a un determinado estrés, reaccionan con una profunda depresión, mientras otras frente al mismo estrés

lo enfrentan sin ningún melodrama. La diferencia, según los autores, radicaría en sus genes.

Dentro de los enfoques biológicos hay una gama muy amplia que abarca desde los modelos genéticos a los neuroendocrinos.

Entre los modelos genéticos, son importantes los datos a favor de la hipótesis de que en los trastornos afectivos primarios hay factores genéticos que ejercen un papel etiológico. A partir de estudios con gemelos se ha llegado a cuantificar que el peso genético alcanza un 40% y éste se vuelve mayor a medida que avanza la edad, sobre todo en las chicas (Scourfield, Rice, Thapar, Harold, Martin & McGuffin, 2003). En los 90 Tusuang y Faraone precisaron que los univitelinos criados conjuntamente presentaban depresión en el 75% de los casos, mientras que en los educados por separado este porcentaje descendía al 67%.

Teorías Neuroquímicas

Si bien no se posee evidencia confirmatoria absoluta y conclusiva, los datos parecen potenciar la idea de que en la etiología de la depresión endógena desempeñan un papel relevante, aunque no único, posibles alteraciones en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central y en los procesos neuroendocrinos.

Los enfoques neuroquímicos han planteado que la norepinefrina y la serotonina están específicamente vinculadas con la depresión. Estos son neurotransmisores, es decir, que conducen la excitación de una neurona a otra. Se ha sugerido entonces que el exceso de una o ambas aminas lleva a los estados maníacos y que su disminución provoca la depresión. Además se sabe es que los sujetos con depresión endógena suelen manifestar una hipoactividad funcional de la función noradrenérgica y/o de la actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central siendo este un fenómeno primario más que secundario. (Solloa, 2006).

Por otro lado, a comienzos de este siglo se han aislado unos alelos relacionados con la serotonina, el A2, gen receptor (HTR2A), refieren (Gadow, Snith y Pinsonneault, 2014, (Citado por Gonzales & Montoya-Castilla, 2015) como el alelo corto del gen 5-HTTLPR, que parece ser el responsable del transporte de la serotonina y propician la aparición de la depresión según Start, Hamen, Brennan y Najman, 2013, (Citado por Gonzales & Montoya-Castilla, 2015) Esto parece ser la última de las disfunciones somáticas relacionadas con la depresión, tales como mayores tasas de cortisol, menor producción de la hormona de crecimiento, alteraciones en los ritmos del sueño y apetito.

2.2.2.4 Modelo Evolutivo

Teoría del Apego

La Teoría del Apego, desarrollada inicialmente por Bowlby, postula una necesidad universal para cimentar lazos afectivos, describiendo el apego según Graell. & Lanza (2014) como un tipo de relación social establecida entre el niño y su cuidador implicando un vínculo afectivo, adquiriendo la capacidad de regulación del Self a partir de dicho vínculo e influyendo en sus posteriores vínculos a lo largo de su vida. Existe además el término “sensibilidad materna” que es la capacidad de la madre de percibir comunicaciones del sujeto cuidado, logrando interpretarlas desde su punto de vista y respondiendo de manera adecuada a sus necesidades emocionales, por lo cual es un proceso bilateral. Las personas no nacen con la capacidad de regular su propia experiencia emocional, sino más bien se va desarrollando según vayan siendo comprendidos y respondidos de manera adecuada los estados emocionales, logrando así dicha regulación, de este modo el niño aprende que la activación emocional durante la presencia del cuidador no causa una desorganización en el sino que recibe apoyo para retornar a su equilibrio, es por ello que por ejemplo se usa el llanto como recurso para que dicho cuidador acuda a recuperar su homeostasis.

Existen distintos tipos de apego, los cuales son determinados según el cuidador primario y por cuanto sea este sensible a las necesidades del individuo cuidado:

- **Apego Seguro:** Exploran sin dificultades el ambiente nuevo en el que se ubican mientras el cuidador está presente, se tornan ansiosos en presencia del extraño, evitándolo; se angustian frente a la breve ausencia del cuidador y buscando rápidamente contacto con él a su retorno, se sienten reasegurados por este contacto, tras lo cual pueden proceder en su exploración. Su comportamiento está basado en la experiencia de interacciones sensitivas y coordinadas en las que el cuidador pocas veces lo sobreestimula y es capaz de reestabilizar la reacción emocional desorganizada del niño. Por ello, estos niños se mantienen relativamente organizados en situaciones causantes de ansiedad, resultándoles poco amenazantes las emociones negativas.
- **Apego Inseguro Ansioso/Evitativo:** Han experimentado situaciones en las que la activación emocional no era reestabilizada por el cuidador, o en las que éste llevaba a cabo comportamientos intrusivos que incrementaban la activación. Sobreregulando su afecto y evitan situaciones que aparentan ser causantes de ansiedad, otros niños dan la impresión de angustiarse en menor intensidad a raíz de la separación, pueden no buscar el contacto con el cuidador a su retorno y pueden no preferirlo en comparación con algún extraño.
- **Apego Inseguro Ansioso/Resistente:** Presentan conducta exploratoria y de juego limitada, tienden a angustiarse con intensidad ante la separación, les cuesta mucho “reconciliarse” tras el regreso del cuidador y demuestran ante su retorno hostilidad, inflexibilidad, llanto continuo, o protestas pasivas. La presencia del cuidador, o sus intentos de tranquilizarlo, no suelen ser suficientes para reasegararlo. La ansiedad y hostilidad que siente el niño, aparentan impedirle obtener consuelo con la proximidad del cuidador. Infra regulan sus emociones, incrementando

la expresión de angustia o malestar, posiblemente en un intento por suscitar la respuesta que necesitarían de su cuidador. Su umbral ante el peligro es leve, se muestran con preocupación por tener contacto con el cuidador, pero se sienten frustrados aun cuando este se encuentra accesible.

- **Apego Inseguro Desorganizado/Desorientado:** Tiene un comportamiento errático, consistente en conductas de congelamiento, palmoteo, golpearse la cabeza y deseo de huir de la situación, aun cuando el cuidador está presente, este ha sido para ellos una fuente, de temor así como de reaseguramiento, por lo que la activación del sistema de apego produce motivaciones con un amplio grado de conflicto y ambivalencia entre sí. Normalmente este patrón de apego correlaciona con una experiencia de separación muy prolongada con sus figuras parentales, abandono, abuso físico y sexual, etc.

Los apegos inseguros alteran el proceso normal de desarrollo y, con ello, afectan gravemente la capacidad para comunicarse e interactuar con otros y establecer relaciones saludables durante toda la vida. Asimismo Oliver, 2001, menciona que existen otras más cotidianas y que son más extensivas a la población infantil como determinadas condiciones de abandono, innumerables casos de desatención, negligencia y maltrato infantil que al darse dentro del ámbito familiar, en la mayoría de los casos, tardan demasiado tiempo para ser diagnosticados como trastornos depresivo.

Mentalización

La mentalización según Graell & Lanza (2014) se refiere a una actividad mental imaginativa con la cual se busca interpretar conductas humanas en relación a sus estados mentales intencionales, es decir, que necesidades, deseos, ideas, sentimientos y objetivos poseen. Aquellos estados mentales más habituales son los estados emocionales en los demás o propios, relacionados con la empatía, pensar en los sentimientos de otros.

Además una adecuada identificación de los deseos y sentimientos propios, ayuda a regular y a tomar decisiones en relación a la expresión de ellos, favoreciendo la autorregulación emocional, ayudando también en la inhibición de estos. Así también una adecuada mentalización permite discriminar los pensamientos y la realidad, conectando los pensamientos con los hechos, pero conociendo la diferencia.

Mentalización y Apego

La relación entre dichos procesos según Graell & Lanza (2014) se encuentra en las relaciones de apego tempranas donde los niños aprenden a mentalizar, ya que, se origina y se desarrolla en el seno de las experiencias relacionales, concretamente, de las vividas con las figuras de apego. Por ejemplo aquellos niños que presenten un apego seguro, con unos padres que los contengan, que verbalicen sus estados de confusión en etapas tempranas, y que den respuesta a sus necesidades, tendrán más capacidad para mentalizar que los niños con apego inseguro o desorganizado.

Se ha encontrado además dificultades en ciertos niños para la simbolización y representación en su mente y de la mente de otros, que está ampliamente relacionado con padres poco estimulantes, por el contrario la relación entre un apego seguro y la capacidad de mentalizar se ha evidenciado en relaciones cuidador-cuidado en las que se mantenían conversaciones acerca de los sentimientos y los motivos que ocasionan las conductas humanas

El desarrollo de la mentalización en el cuidador también toma un rol importante, ya que, puede facilitar una capacidad para regular y contener las experiencias afectivas de sus niños, apoyando favorablemente el desarrollo de estos, promoviendo en el niño la regulación del afecto y la integración, puesto que, le permite descubrir su propia experiencia interna mediante la representación que su madre construye de su experiencia.

Por lo tanto, en base a lo expuesto anteriormente, se puede determinar que existen distintos factores que podrían influenciar en la salud mental de los

adolescentes, en relación al tema de investigación y a sus variables utilizadas encontramos como aportes que gracias a la mentalización y al estudio de esta, se logra una mayor comprensión acerca de la percepción del individuo en relación a sus experiencias vividas. Así, también el entender las variables mencionadas brinda mayor información acerca de las distintas reacciones en las personas según su manera de percibir una situación y los causantes de que sea de dicha manera, de modo que al describir la relación existente entre las variables utilizadas en la investigación, puede explicar que tanto influye en la mentalización la crianza en el hogar y sus experiencias en este, reflejándose en su situación actual. Aporta además el poder entender cómo ha influenciado en el adolescente y su manera de percibir y relacionarse en el mundo, igualmente al tener esta información no solo se quedaría en un estado de diagnóstico, sino que también ayudaría en la intervención, según se observe como logra interpretar las conductas de otros o de sí mismo. Finalmente, contribuye en el desarrollo de programas preventivos para lograr un mayor desarrollo de la mentalización al conocer con mayor detalle las variables que más impactos tienen en esta, logrando que se pueda brindar una formación adecuada evitando que llegue a desarrollar una tendencia patológica.

2.2.2.5. Depresión y Adolescencia

Un 8,6% de los adolescentes en Lima en algún momento de su vida ha tenido un episodio depresivo en tanto, 7,8% de los adolescentes ayacuchanos presentan trastorno de ansiedad y un 5,8 de adolescentes puneños manifiestan problemas de conductas vinculadas al problema del alcohol. Esto último, equivale a que uno de cada ocho niños o adolescentes pueden sufrir un problema de salud mental en algún momento de su desarrollo. (Estudios epidemiológicos, 2002 Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”).

Se considera que el contexto familiar en el adolescente juega un papel importante en el desarrollo de los problemas de salud mental, siendo los factores asociados más frecuentes: los conflictos conyugales o las dificultades

emocionales entre uno de los padres y el adolescente. Además, señalan como factores asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar. (Estudios epidemiológicos, 2002 Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”).

Las depresiones en la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, las sobrepasan en autodestructividad y muestran todavía la particularidad de su correlación con el proceso de desarrollo. Probablemente, las presiones que la sociedad ejerce sobre los adolescentes contribuyen a exacerbar las características del cuadro, se les recuerda constantemente que están construyendo su futuro, sea en lo concerniente a estudios, elección de pareja o posición social. Aun cuando los síntomas y signos centrales de la depresión son los mismos para niños, adolescentes y adultos, la intensidad o predominio de algunos de estos puede cambiar según la edad (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013).

Se puede observar que, a menudo los adolescentes con depresión se presentan a la consulta con un problema de expresión conductual, lo cual dificulta la detección de la depresión. Los síntomas de depresión se expresan por lo general en un cambio brusco en su comportamiento, descenso del rendimiento escolar, notas o fracaso académico, así como en problemas de concentración, fatiga, aislamiento y ausentismo escolar, incremento de la irritabilidad con discusiones o peleas en casa o con profesores o compañeros (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013).

En cuanto a consumo de alcohol y otras sustancias, diversos estudios han revelado la relación entre abuso de sustancias psicoactivas y depresión en adolescentes. Asimismo refieren que algunos adolescentes pueden presentar conductas maladaptativas, como el uso de sustancias para enfrentar el discomfort asociado con los rápidos cambios que experimentan y otros desarrollan una patología definida. (Kandell, D. et al. 1991 & Newcomb MD, Bentler PM. 1988). (Citado en Revista Peruana de Epidemiología, 2010).

En relación a trastornos clínicos, se ha observado en estudios anteriores, mayor comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes que en adultos. Harrington, Rutter, Weismann, et al. 1988 y 1997 (Citado en Revista Peruana de Epidemiología, 2010). Además encontraron que en un estudio con adolescentes de una población clínica, 90% de los que presentaban depresión experimentó algún trastorno comórbido. De La Peña F, Ulloa R, Páez F., 1988 y 1999 (Citado en Revista Peruana de Epidemiología, 2010).

Además, los investigadores Aneshensel, C., Huba, G. 1984 & Beck A. 1972 (Citado en Revista Peruana de Epidemiología, 2010), han hallado que algunos adolescentes pueden experimentar depresión o ideación suicida asociados con la habilidad para hacer frente a los cambios biológicos y psicosociales que ocurren durante su crucial período de desarrollo, y otros como parte de un trastorno definido.

En estos adolescentes se observa que muchas veces no quieren ir al colegio, no desean estar en su casa y pasan mucho tiempo fuera. Suelen presentarse sentimientos de que nadie los quiere. También puede presentarse conductas de robo como refuerzo emocional, conductas de búsqueda de contacto sexual, especialmente en niñas, como forma de obtener atención y afecto, las que se relacionan con baja autoestima y poca confianza en el futuro.

Es posible identificar elementos clínicos de la depresión en los diversos ambientes o contextos de un adolescente. En el cuadro N°1 muestra los principales síntomas en las áreas: afectiva, psicomotora, cognitiva, conductual, relacional y de los ciclos biológicos, según el contexto donde se desenvuelve el adolescente. (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013)

Cuadro N°2
Principales Síntomas Depresivos Según contexto

SÍNTOMAS AFECTIVOS		
Personal	Familiar	Escolar
Tristeza Labilidad emocional Irritabilidad Ansiedad	La familia se queja de las variaciones de ánimo y de la irritabilidad Perciben mayor nerviosismo e impaciencia	En el colegio pueden verse más aislados, poco participativos en clases Pueden reconocer comportamientos evitativos asociados a la ansiedad
Personal	Familiar	Escolar
Desánimo Apatía Desgano Anhedonia	La familia identifica las dificultades para mantener en funcionamiento las actividades normales Algunos padres tienen problemas en la comprensión de los síntomas depresivos cuando el adolescente manifiesta interés por actividades sociales o por labores que demanden menor esfuerzo en comparación con las actividades escolares y/o hogar.	El colegio informa escasa participación en clases, poco interés, distractibilidad y desatención Las parejas de los adolescentes pueden reconocer el cambio en el interés

SÍNTOMAS DE LOS CICLOS BIOLÓGICOS		
Personal	Familiar	Escolar
<p>Insomnio de conciliación, medio y de despertar precoz</p> <p>Hipersomnia diurna (Más frecuente en mujeres con otros elementos atípicos)</p> <p>Cambios en el patrón alimentario</p> <p>Aumento o disminución del apetito</p> <p>Aumento o disminución del peso</p>	<p>Menos sensible de ser detectado por los padres</p> <p>Algunos se quejan de la prolongación de las actividades nocturnas, tales como uso del computador y otros</p> <p>La familia se queja del bajo interés por estudiar, hacer los trabajos o participar en otras actividades familiares por el exceso de sueño</p> <p>La familia registra los aumentos del apetito como "ansiedad por comer"</p>	<p>En el colegio se les ve cansados</p> <p>Pueden haber inasistencias debidas al mal dormir</p> <p>Pueden reportar que se duermen en clases</p> <p>Ídem</p> <p>Algunos pueden percibir la baja de energía</p> <p>Menor rendimiento en las actividades físicas</p>
SÍNTOMAS PSICOMOTORES		
Personal	Familiar	Escolar
<p>Agitación psicomotora</p> <p>Retardo psicomotor</p>	<p>Cambios en el nivel de actividad que aparece junto a estado de ánimo variable</p> <p>Se los ve cansados</p> <p>Los padres se quejan del enlentecimiento para realizar las actividades domésticas o los estudios</p>	<p>Pudiera manifestarse como episodios conductuales o disruptivos en el colegio</p> <p>Ídem</p>

SÍNTOMAS COGNITIVOS		
Personal	Familiar	Escolar
Baja concentración Sentimientos de inseguridad, incompetencia, inutilidad Pensamientos suicidas Pensamientos asociados con la muerte Sentimientos de culpa	Evitan el estudio En la familia pueden mostrarse evitativos y rechazantes a realizar las actividades normales Los padres se preocupan de la expresión de emociones autodepreciativas No aparecen abiertamente en la familia A veces el adolescente los reporta ante una situación vivida con mayor frustración No aparecen abiertamente	Mal rendimiento Olvidan los trabajos Impresionan desinteresados en los aprendizajes Poca participación en las actividades regulares No aparecen abiertamente Pares cercanos al adolescente pueden tomar la iniciativa de contarle a profesores u orientadores No aparecen abiertamente
SÍNTOMAS CONDUCTUALES		
Personal	Familiar	Escolar
Comportamiento agresivo Auto o heteroagresividad Consumo de alcohol u otras sustancias	Episodios de autoagresión pueden tardar meses en ser reconocidos por los padres Pueden pasar inadvertidos	Pudieran mostrarse primeramente en el contexto escolar Pueden aparecer complicaciones derivadas del consumo, tales como cambios de ánimo, baja del rendimiento, problemas mayores de conducta

Fuente: (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013).

Dado que los adolescentes se encuentran insertos en sus familias y en la comunidad educativa, la detección de los cambios asociados al trastorno depresivo puede ser efectuada en estos contextos.

En los cambios conductuales, se encuentra disminución del rendimiento escolar o alteraciones fisiológicas, son algunos de los elementos clínicos que generan una alerta en las personas que se encuentran próximas a los adolescentes.

Junto con los elementos categoriales que permiten establecer el diagnóstico de los trastornos depresivos en la adolescencia, es necesario integrar los enfoques ecosistémicos y evolutivos, que van a permitir enriquecer la evaluación, el diagnóstico y las intervenciones que impliquen mejoras en el tratamiento de este grupo particular.

2.2.2.6 Factores de Riesgo (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013)

Un factor de riesgo es todo evento o entorno que eleva las probabilidades de ocurrencia de un evento adverso o de desarrollar una enfermedad, no son las causas, necesariamente, sino que se asocian con el evento y dado que tienen valor predictivo, pueden utilizarse para diseñar programas de prevención.

La depresión en adolescentes es una patología compleja, con múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo.

Actualmente se sabe que en el desarrollo de la depresión, interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales, siendo la carga familiar para el trastorno, el principal factor de riesgo predictivo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenirla.

Factores familiares

- Psicopatología de la Madre y/o el Padre

La depresión de uno o ambos padres es considerada un importante factor de riesgo, asociado con depresión en los hijos. Los hijos de madres con depresión tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de desarrollar un trastorno del humor (ánimo). De igual forma el alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión, mientras que la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño. Lo mencionado está sustentado en un estudio realizado por Tully, Iacono & McGue en 2008 (citado en Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013), respecto de la influencia de la depresión de cualquiera o ambos padres, sobre adolescentes adoptados o no adoptados, con el fin de evaluar el grado de influencia genética de la psicopatología de los padres se encontró que en ambos grupos de adolescentes, la madre o ambos padres con depresión mayor se asociaron con un riesgo significativamente mayor de depresión mayor y trastornos de comportamiento disruptivo en los adolescentes, no así cuando únicamente el padre se encontraba deprimido. De esta forma, la depresión materna no es sólo un factor genético de depresión, sino también un factor ambiental que muestra asociación con la depresión de los hijos adolescentes, necesario de evaluar.

- Relaciones Familiares y Estilos de Crianza

Estudios realizados por el Ministerio de Salud de Chile, 2013, encuentran que las familias con menores grados de apoyo, cohesión, afectividad y más críticas hostiles, tensas, y de rechazo se asocian con depresión en la niñez y adolescencia, Además se hizo un seguimiento de 40 años, para evaluar los efectos del apego y el cuidado parental sobre algunos procesos adaptativos en el niño, encontró que los principales predictores tempranos (primeros 3 años de vida) de la depresión durante la niñez y adolescencia son: falta de apoyo en la crianza, haber experimentado algún evento estresante en el contexto familiar,

falta de apoyo afectivo por parte de la madre y depresión materna. Como también menciona (Lamont, A. 2010), que los niños(as) expuestos a maltrato experimentan problemas de apego inseguro desorganizado. En una situación de apego inseguro, el padre o madre cuidador(a) que debe ser la fuente principal de seguridad y protección se convierte en una fuente de peligro o daño, lo que puede generar dificultades para confiar en los demás.

Igualmente observamos que en los estudios realizados por Sheeber, Hops, Alpert, Davis y Andrews en 1997 (citado en Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013) señalan que, de adultos depresivos, hijos de padres depresivos y adolescentes depresivos han evidenciado que sus interacciones familiares se caracterizan por presentar: mayores conflictos, rechazos, problemas en la comunicación, abuso parental y menos apoyo familiar como expresión de afecto.

El estudio, de Vargas H., et al (Citado en Revista Peruana de Epidemiología, 2010), mencionan diversas investigaciones sobre el tema, en cuanto a abuso infantil, han mostrado que los niños que crecen en familias maltratadoras reportan con bastante frecuencia síntomas de depresión, así también otros estudios han encontrado altos porcentajes de síntomas depresivos, conducta suicida y abuso de sustancias entre adolescentes que han fugado del hogar o que viven en las calles, a raíz de haber experimentado abuso físico y/o sexual dentro de su familia, de igual forma refieren que los adolescentes que han fugado del hogar o que viven en las calles, se encontró que mientras el soporte de los amigos en la calle reduce la depresión, la asociación con pares antisociales incrementa la depresión.

Factores Contextuales

- Grupo de pares

Tener pocos amigos tiene mayor asociación al desarrollo de depresión en niños y adolescentes, así como la presencia de trastornos de conducta y mayor aislamiento social. Asimismo el acoso o bullying, la humillación, el trato indigno, las burlas o el sentirse ignorado son también factores de riesgo de depresión.

- Factores Sociodemográficos

Según estudios realizados, no parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano y el desarrollo de depresión en la adolescencia. Aquellos niños y adolescentes sin hogar, internos en centros de acogida, refugiados y/o con antecedentes delictivos, en especial los recluidos en instituciones de seguridad, deben considerarse con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión.

- Estrés Postraumático:

Groenjian y colaboradores (citado en Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013) estudiaron 125 niños expuestos a un terremoto en Armenia, aplicándoseles escalas de TEPT y Depresión (CPTSD-R y DSRS) a los 1,5 y 5,5 años post-desastre. A un grupo de ellos se les sometió a un grupo focal centrado en el enfrentamiento del trauma. En la primera medición, ambos grupos presentaron puntajes elevados en ambas escalas. En el seguimiento, el grupo tratado disminuyó sus puntajes tres a cuatro veces más que el no tratado. La intervención focal en crisis parece ser efectiva.

Factores Individuales

- Factores psicológicos

La afectividad negativa, es decir, la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas y conductuales, como la inhibición y el retraimiento social, conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013).

Frente a eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión, respecto de individuos sin dichas características.

Niños(as) y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit atencional, hiperactividad o problemas de conducta, tienen también mayor riesgo de depresión.

2.2.3 ADOLESCENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales (Pasqualini y Llorens, 2010).

En esta etapa, se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud. La edad de la adolescencia se ha ido extendiendo progresivamente, en la medida

que la madurez biológica se alcanza más precozmente y la madurez social más tardíamente (González y Ramírez, 2011).

Los cambios mencionados tienen lugar en un corto tiempo, por lo cual se dice frecuentemente que los y las adolescentes transitan un momento de crisis, crisis en el sentido de cambio. Necesitan acomodarse a una situación nueva en el que todas las medidas, que anteriormente servían de marco, sostén y adaptación, pasan a ser cuestionadas. Vivencias positivas de la infancia contribuyen a facilitar el desarrollo en esta etapa. Los niños que viven rodeados de amor y de fortaleza en sus hogares aprenden a no sentir temor ante sus propios sentimientos y pensamientos y progresan en su desarrollo emocional. Van adquiriendo la seguridad esencial para sentirse libres, para poder jugar, aprender y para sentirse responsables. En cambio, cuando el ambiente adulto no es capaz de sostenerlos ni de acompañarlos, las consecuencias asociadas a fallas tempranas en los vínculos familiares y/o a sucesivas frustraciones escolares y sociales ponen a prueba al sujeto, y pueden aparecer diferentes expresiones de desamparo, como por ejemplo, conductas de autodestructivas o antisociales.

Las configuraciones familiares existentes son múltiples, entre ellas se encuentran aquellas conformadas por los padres e hijos, y otras que se constituyen en hogares monoparentales. Las mujeres solas con hijos tienen mayor dificultad en su crianza, pero las que padecen una mayor sobrecarga física y psicológica son las que, además, se encuentran en situación de pobreza. Los diferentes procesos de crianza y de sociabilización impactan en el desarrollo infantil y del adolescente. De la familia, depende la elección de la escuela, y tanto hogar como escuela influirán en la elección de las redes sociales y virtuales en la adolescencia. No es lo mismo, cursar los años escolares sin estímulo ni interés por parte de los padres, que hacerlo bajo la mirada afectuosa de la familia y en interacción con pares en la misma escuela y en otras actividades recreativas, deportivas o artísticas. Se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor

probabilidad de comportamiento de riesgo y malestar psíquico (Pasqualini y Llorens, 2010).

2.2.3.1 Cambios Físicos durante la Adolescencia

Las características sexuales secundarias (desarrollo del vello púbico y de las mamas, y desarrollo de los testículos y del pene) son los mayores cambios que ocurren en la etapa de la adolescencia (Neinstein, L.; Gordon, C.; Katzman, D.; Rosen, D. y Woods, E. 2008). Existe una clasificación en cinco estadios puberales propuesta por Tanner, que determina el grado de desarrollo en base a la exploración física. (Ministerio de Salud de la República del Perú, 2007).

Desarrollo Sexual Femenino (Pasqualini y Llorens, 2010)

En las mujeres, se toma, como índice de madurez, la configuración de los senos y del vello pubiano. El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios se evalúa con los estadios de maduración sexual modelo según Tanner (Ministerio de Salud de la República del Perú, 2007).

En las niñas, la aparición del botón mamario marca el inicio de la pubertad. Suele tener lugar entre los 8 y 13 años. Últimamente, sin embargo, se ha observado que el inicio de la pubertad en algunas mujeres comienza a edades más tempranas. Junto con las mamas, o un poco después, aparece el vello pubiano.

Estadios Puberales de Tanner en las mujeres

Inicio entre 8 y 13 años

- Tanner I: No hay cambios
- Tanner II: Aparece el botón mamario (estadio M II), luego o al mismo tiempo el vello pubiano (VP II)
- Tanner III: Mama en forma de cono, aceleración del crecimiento, menarquia
- Tanner IV: Mama con doble contorno (areola y pezón)
- Tanner V: Mama adulta

La menarquia aparece 2 a 3 años después del botón mamario, en general en el estadio 4 de Tanner. El crecimiento suele finalizar a los 2 años post menarquia, creciendo, en ese tiempo, un promedio de 7 cm, rango 3 a 10 cm.

Este proceso, desde la aparición del botón mamario hasta adquirir las características adultas, dura aproximadamente 4 años. Los estrógenos influyen en el depósito de la grasa en glúteos, en abdomen, en caderas y en muslos.

Previa y posteriormente a la menarquia, puede haber un flujo blanquecino, incoloro, que no causa molestias y que está relacionado con los cambios hormonales. Los primeros ciclos menstruales pueden presentarse en forma irregular. Después de dos años de aparecida la menarquia, lo normal es que las menstruaciones ocurran a intervalos entre 28 ± 7 días, rango 21 a 35 días. Se ha observado la persistencia de ciclos anovulatorios durante más tiempo cuando la menarquia ocurre tardíamente.

De acuerdo al Ministerio de Salud (2007), la madurez sexual se clasifica en:

- Adecuada: Cuando los caracteres sexuales secundarios y crecimiento de los órganos genitales presentan un desarrollo correspondiente a su edad y sexo, teniendo en cuenta los rangos normales.
- Precoz: Cuando los caracteres sexuales secundarios y crecimiento de los órganos genitales presentan un desarrollo mayor que los correspondientes a la edad y sexo (habitualmente antes de los 9 años de edad).
- Retardada: Cuando no hay presencia de caracteres sexuales secundarios a los 14 años.

Desarrollo Sexual Masculino (Pasqualini y Llorens, 2010). En los varones, se evalúa el aspecto y crecimiento de genitales y del vello pubiano.

Estadios Puberales de Tanner en los Varones

Pubertad Normal Varones

Inicio entre 9 y 14 años

- Tanner I: No hay cambios
- Tanner II: Aumento del volumen testicular (>3cc), puede aparecer el vello pubiano (VP II)
- Tanner III: Crece el pene, aparece vello axilar y facial, cambios de voz, primera polución
- Tanner IV: Engrosamiento del pene y desarrollo de testículos y escroto
- Tanner V: Genitales adultos

El primer cambio genital es el aumento del tamaño testicular. Posteriormente, aumenta el tamaño del pene y aparece el vello pubiano. Un poco más tarde, crece el vello axilar, la barba y tiene lugar el cambio en la voz (Estadio de Tanner 3-4).

Los primeros cambios testiculares aparecen al final de los 11 años con un rango entre los 9 y los 14 años; algunos chicos maduran más rápido y, otros, más tardíamente. El desarrollo puberal se considera completo cuando el largo testicular es mayor a 4,5 cm en promedio, y el niño no crece más. El tiempo que los adolescentes tardan en recorrer todos los estadios varía entre 2 y 5 años (promedio 3 años).

La primera eyaculación tiene lugar entre los 12,5 y los 16,5 años, consecutiva a la masturbación, emisión nocturna, contacto sexual o fantasías sexuales.

Cuando un varón se retrasa en su desarrollo, los dos motivos de consulta más frecuentes están relacionados con la estatura (menor estatura en relación con sus compañeros), y con el tamaño del pene, especialmente, si está excedido de peso. Es importante realizar una historia completa, averiguar antecedentes familiares y, si el diagnóstico coincide con el de madurador lento, señalar que si bien su desarrollo está retrasado con respecto a otros varones

de su misma edad, probablemente, cuando complete su crecimiento será similar o más alto que los compañeros con los cuales se compara.

2.2.3.2 Desarrollo Psicosocial en la Adolescencia (Neinstein, Gordon, Katzman, Rosen, & Woods,. 2008)

La transición de la niñez a la adultez no ocurre en un proceso continuo, uniforme o sincronizado. De hecho, el desarrollo biológico, social, emocional e intelectual puede ser totalmente asincrónico. Asimismo, el crecimiento puede ser acentuado por frecuentes periodos de regresión. Debe recordarse que todo en la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, es un proceso constante de cambios y que la adolescencia no es la única etapa difícil.

La adolescencia puede ser conceptualizada dividiendo el proceso en tres fases o sub etapas de desarrollo psicosocial (Gonzáles y Ramírez, 2011):

- Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 13 años
- Adolescencia media: entre los 14 y 16 años
- Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años

Es importante considerar, que existen grandes variaciones individuales y culturales, por tanto, la adolescencia no es un proceso uniformemente progresivo. Si bien se divide en fases o sub etapas, las edades que delimitan a cada una de estas fases, deben usarse a modo referencial, debido a que no son un grupo homogéneo y existe una amplia variabilidad biológica, emocional, social y cultural.

Varios desafíos caracterizan el desarrollo del adolescente y se discuten a continuación, Estos desafíos incluyen:

- Lograr la independencia de los padres
- Adoptar códigos y estilos de vida de los pares
- Asignación de importancia creciente a la imagen corporal y la aceptación del propio cuerpo.
- Establecimiento de la identidad sexual, del ego, vocacional y moral.

2.2.3.3 Adolescencia Temprana o Inicial (entre los 10 y 13 años)

El desarrollo psicosocial en la adolescencia temprana es anunciado por rápidos cambios físicos con el inicio de la pubertad. Estos cambios físicos generan un autoanálisis e inicia la lucha del adolescente por la independencia. El inicio de la pubertad, junto con los cambios psicosociales y emocionales concomitantes ocurre en las niñas 1 a 2 años más temprano que en los niños.

En estudios recientes se ha evidenciado que la pubertad se inicia aún más tempranamente con el paso de los años en las adolescentes mujeres.

- Conflicto Independencia-Dependencia

La adolescencia temprana se caracteriza por el inicio de la transición de la dependencia de los padres a la conducta independiente. Eventos comunes en este momento incluyen:

- Menor interés en las actividades de los padres y mayor reticencia a aceptar consejos o críticas de los padres, rudeza ocasional, mayor conciencia de que los padres no son perfectos.
- Un vacío emocional creado por la separación de los padres sin la presencia de un grupo de apoyo alternativo, que a menudo puede crear problemas de comportamiento (por ejemplo, disminución en el rendimiento escolar).
- Labilidad emocional (grandes cambios de estado de ánimo y de comportamiento).
- Aumento de la capacidad de expresarse a través del discurso.
- Búsqueda de nuevas personas para amar, además de los padres.

- Preocupaciones por la Imagen Corporal

Los rápidos cambios físicos llevan al adolescente a ser cada vez más preocupados por la imagen corporal y por la pregunta "¿Soy normal?" La preocupación por la imagen corporal en la adolescencia temprana se caracteriza por cuatro factores:

- Preocupación por sí mismo.
- Incertidumbre acerca de la apariencia y el atractivo.
- Comparaciones frecuentes entre su propio cuerpo y el de otros adolescentes.
- Mayor interés en la anatomía y fisiología sexual, incluyendo inquietudes y preguntas con respecto a la menstruación o las emisiones nocturnas, la masturbación y el tamaño de mama o del pene.

- Participación en el Grupo de Pares

Con el inicio del alejamiento de la familia, el adolescente se vuelve más dependiente de los amigos como una fuente de soporte. La temprana participación en los grupos de pares adolescentes se caracteriza por lo siguiente:

- Amistades solitarias con un miembro del mismo sexo. Esta amistad idealizada puede llegar a ser intensa; niños, por ejemplo, pueden llegar a ser compañeros con pactos y lealtades.
- Emociones fuertes y tiernos sentimientos hacia sus pares, que pueden llevar a la exploración, temor y/o relaciones homosexuales.
- Contactos de pares formando grupos de amigos principalmente del mismo sexo y algún tipo de contacto con el sexo opuesto.

- Desarrollo de la Identidad

Al mismo tiempo que los rápidos cambios físicos están ocurriendo, las capacidades cognitivas de los adolescentes están mejorando notablemente. En la teoría cognitiva de Piaget, esto corresponde a la evolución del pensamiento concreto al pensamiento abstracto. Durante este tiempo, se espera que el adolescente se supere académicamente y se prepare para el futuro.

Este período de desarrollo de la identidad se caracteriza por lo siguiente:

- Aumento de la capacidad de razonamiento abstracto. Esta capacidad se da generalmente internamente, lo que aumenta el interés propio y la fantasía.
- Soñar despierto con frecuencia, lo cual no sólo es normal, sino que también es un componente importante en el desarrollo de la identidad ya que les proporciona a los adolescentes una vía para explorar, revelar, resolver problemas y recrear aspectos importantes de sus vidas.
- Establecer metas profesionales poco realistas o idealistas.
- Desafíos a la autoridad, que es un comportamiento común en los adolescentes en su intento de afirmarse y es a menudo causa de tensión entre el adolescente y su familia o profesores.
- Pruebas de la autoridad, que es un comportamiento común en los adolescentes en su intento de definir mejor a sí mismos y es a menudo una causa de tensión entre el adolescente y su familia o maestros.
- Necesidad de una mayor privacidad, escribir en diarios con frecuencia se vuelve muy importante.
- Aparición de los sentimientos sexuales, a menudo se alivian mediante la masturbación o la narración de chistes “rojos”. Las niñas están a menudo adelantadas en este punto en el desarrollo sexual.
- Desarrollo de un sistema de valores propio, lo que lleva a conflictos adicionales con la familia y con los demás.

- Falta de control de los impulsos y necesidad de gratificación inmediata, lo que puede dar lugar a conductas de riesgo.
- Tendencia a magnificar su situación así como a estar convencidos de que están solos y de que sus problemas son únicos y que nadie más pasa por esas situaciones.

2.2.3.4 Adolescencia Media (entre los 14 y 16 años)

La adolescencia media se caracteriza por un aumento del alcance y la intensidad de los sentimientos y por el aumento de la importancia de los valores del grupo de pares.

- Conflicto Independencia- Dependencia

Los conflictos se hacen más frecuentes a medida que el adolescente muestra menos interés en los padres y dedica más de su tiempo a sus compañeros.

- Preocupaciones por la Imagen Corporal

La mayoría de los adolescentes medios, después de haber experimentado la mayoría de sus cambios puberales, están menos preocupados con estos cambios. Aunque hay una mayor aceptación y comodidad con su cuerpo, dedica mucho tiempo tratando de hacerlo más atractivo. La ropa y el maquillaje pueden llegar a ser lo más importante. Debido al énfasis de la sociedad en la imagen corporal juvenil, los trastornos de la conducta alimentaria pueden llegar a aparecer en esta fase del desarrollo.

- Participación en el Grupo de Pares

En ningún otro momento de la vida es más evidente el poderoso papel de los grupos de pares como lo es en la adolescencia media. Las características de la participación incluyen:

- Implicación intensa por el adolescente en su subcultura de pares.

- Conformidad del adolescente con los valores, códigos y vestimenta del grupo de pares, en un intento de separarse más de la familia.
- Mayor participación en las relaciones de pareja, que se manifiesta por la actividad de salidas en pareja, la experimentación sexual y el coito.
- Participación en grupos, equipos deportivos, pandillas, etc.

A pesar de que los adolescentes en esta fase son susceptibles a la presión de grupo, la presión de grupo puede ser sobrevalorada. Las reacciones adolescentes a la presión de los compañeros son muy variadas y esta presión entre iguales también puede implicar un deseo de sobresalir académicamente, en los deportes o en otras actividades positivas.

- Desarrollo de la Identidad

Las habilidades para abstraer y razonar siguen aumentando en la adolescencia media, junto con un nuevo sentido de la individualidad. Desarrollo del yo del adolescente medio se caracteriza por:

- Mayor alcance y apertura de los sentimientos, con una nueva capacidad de examinar los sentimientos de los demás.
- Aumento de la capacidad intelectual y la creatividad.
- Aspiraciones vocacionales menos idealistas (los adolescentes con capacidades intelectuales promedio y por debajo del promedio a menudo dan cuenta de sus limitaciones en este momento y pueden en consecuencia, experimentar disminución de la autoestima y depresión).
- Un sentimiento de omnipotencia e inmortalidad, dando lugar a conductas de riesgo, que es sin duda un factor en los altos índices de accidentes, suicidio, consumo de drogas, embarazo y enfermedades de transmisión sexual que se convierten en frecuentes en esta fase.

2.2.3.5 Adolescencia tardía (entre los 17 y 19 años)

La adolescencia tardía es la última fase de la lucha del adolescente por la identidad y la separación. Si todo ha procedido bastante bien en la adolescencia temprana y media, incluyendo la presencia de un grupo familiar y de pares de apoyo, el adolescente estará bien en su manera de manejar las tareas y responsabilidades de la edad adulta. Si las tareas mencionadas anteriormente no se han completado llegada esta fase, problemas como la depresión, tendencias suicidas u otros trastornos emocionales pueden desarrollarse con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la edad adulta.

- Conflicto Independencia-Dependencia

En general, la adolescencia tardía es un momento de reducción de la inquietud y aumento de la integración. El adolescente se ha convertido en una entidad separada de su familia y ahora puede apreciar mejor la importancia de los valores de los padres, hasta el punto de permitir su ayuda como socios. Por lo tanto, el consejo de los padres, una vez más se puede buscar y aceptar. Sin embargo, no es raro que algunos adolescentes estén reacios a aceptar las responsabilidades de la edad adulta por seguir dependiendo de la familia y los pares.

Las características incluyen:

- Identidad más firme.
- Mayor capacidad de demorar la gratificación.
- Mejor capacidad de pensar a través de ideas y expresar ideas en palabras.
- Intereses más estables.
- Mayor capacidad de tomar decisiones independientes y para comprometerse.

- Preocupaciones por la Imagen Corporal

El adolescente tardío ha completado el crecimiento y desarrollo puberal y es típicamente indiferente a este proceso, a menos que se haya producido una anomalía.

- Participación en el Grupo de Pares

Los valores del grupo de pares se vuelven menos importantes para adolescentes tardíos, ya que se sienten más cómodos con sus propios valores y su identidad. Se invierte mucho tiempo en una relación de pareja. Estas relaciones implican menos experimentación y un mayor intercambio, con la selección de una pareja basada más en la mutua comprensión y el disfrute que en la aceptación de sus pares.

- Desarrollo de la Identidad

El desarrollo del yo del adolescente tardío se caracteriza por:

- El desarrollo de una conciencia racional y realista.
- El desarrollo de un sentido de perspectiva, con la capacidad para postergar, comprometerse y para establecer límites.
- El establecimiento de metas profesionales prácticas.
- El perfeccionamiento de los valores morales, religiosos y sexuales.

2.2.4 VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influenciada por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Esta definición abarca también las numerosas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorio, como los daños psicológicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

2.2.2.1 Clasificación de la Violencia (Según la Organización Mundial de la salud, 2001)

La complejidad, la ubicuidad y la diversidad de los actos violentos requieren de un marco analítico o una clasificación que logre esclarecer la naturaleza del problema y las acciones necesarias para afrontarlo. Para superar este inconveniente, el marco analítico debe prestar especial atención a los rasgos comunes y las relaciones entre los distintos tipos de violencia, dando paso a una perspectiva holística de la prevención.

La clasificación de la violencia propuesta en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2001) divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas.

A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos.

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto. Muchas personas que abrigan pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas, e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- *Violencia intrafamiliar o de pareja*: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente. Este grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.

- *Violencia comunitaria*: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar. En este grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psicológicos, o basados en el abandono o negligencia, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.

La violencia familiar es un problema social grave y complejo que tiene importantes repercusiones para las víctimas, tanto a nivel de su calidad de vida, salud física y mental, como de la seguridad de las personas (Valdebenito y Larraín, 2007).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido a la violencia familiar como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar es el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro/a miembro de la familia (citado en Valdebenito y Larraín, 2007). Dentro del campo de la violencia familiar se han delimitado tres grandes fenómenos significativos, los cuales son la violencia en la pareja o conyugal, el maltrato infantil y el maltrato a ancianos.

2.2.4.2 MALTRATO INFANTIL

El maltrato a niños, niñas y adolescentes es un grave problema social, en el que intervienen variables psicológicas, culturales, económicas y sociales (Averbuj, 2010).

El maltrato infantil es toda acción y omisión que ocasiona un perjuicio en el desarrollo biopsicosocial del niño/niña o del adolescente (Ministerio de Salud, 2005). Si bien la noción de “maltrato infantil” alude a situaciones diferentes, todas ellas perjudican la salud física y/o psicológica de niños, niñas y adolescentes, ponen en riesgo el desarrollo integral del niño, son difíciles de solucionar sin ayuda externa y constituyen una grave vulneración de sus derechos (Averbuj, 2010).

Una característica que debemos destacar es la correlación existente entre la prolongación en el tiempo del maltrato y los daños que produce. En la medida en que perdura la situación de violencia, es mayor la probabilidad de que el nivel de agresión se incremente y, por lo tanto, también el riesgo y el perjuicio al que está expuesto el niño. Estos factores dificultan y complican la intervención profesional o institucional. Entre las diversas definiciones de maltrato infantil tomaremos como referencia la de la Organización Mundial de la Salud que establece que el maltrato hacia niños o adolescentes abarca “toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real

o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

El maltrato infantil puede desarrollarse en contextos privados o públicos. Cuando ocurre en el hogar, es decir, en el ámbito privado, se lo denomina violencia familiar o intrafamiliar.

Algunas particularidades suelen rodear a este fenómeno. Entre ellas podemos mencionar:

- La tendencia al ocultamiento de los hechos.
- La creencia de que se trata de un comportamiento privado e íntimo.
- La justificación de eventuales acciones violentas que se presentan como “medidas correctivas”, ejercidas por el bien del niño, la niña o el adolescente.
- La creencia de que ser padre/madre o tutor da derecho a ejercer la autoridad en forma violenta.

Esta lógica puede llegar a inhibir la intervención de terceros (vecinos, familiares o docentes), ya que pueden sentir que es una intromisión en la vida privada de la familia (Averbuj, 2010).

2.2.4.3 Tipos de Maltrato Infantil (Valdebenito y Larraín, 2007)

- **Maltrato Físico:** se refiere a toda agresión que pueda o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables.
- **Maltrato emocional o psicológico:** se trata del hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, desméritos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente. Se incluyen también en esta categoría el rechazo, aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos. El

ser testigo de violencia entre los padres es otra forma de maltrato emocional.

- **Maltrato por negligencia o abandono:** se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo. Existe negligencia cuando los responsables del cuidado y la educación de los niños, niñas y adolescentes no atienden ni satisfacen sus necesidades básicas, sean estas físicas, sociales, psicológicas e intelectuales. El abandono viene a ser el grado extremo de negligencia por parte de los adultos.
- **Abuso Sexual:** cualquier clase de práctica sexual con un niño, niña o adolescente por parte de un familiar o cuidador que tenga una posición de autoridad o poder sobre éste. Puede abarcar desde la exhibición de genitales hasta la violación. Se ha definido también como toda forma de actividad sexual entre un adulto y niño, niña o adolescente. Se incluye en esta categoría la explotación sexual.

2.2.4.4 Causas del Maltrato Infantil

Los estudiosos del tema del maltrato infantil han tratado de explicar su aparición y mantenimiento utilizando diversos modelos, así tenemos: el modelo sociológico de Wolock & Horowitz, (1984), consideran que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social; el modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores/cuidadores en relación a los menores a su cargo. Larrance, (1983) el modelo psiquiátrico planteado por Polansky, que considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres, el modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil Crittender, 1993 ; y por último el modelo de afrontamiento

del estrés, que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias Hilson y Kuiper, 1994 (Autores citados en Hernández, 2014).

Los estudios del Lamont, 2010, (Citado en Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013) han mostrado una diversidad de consecuencias del maltrato en diferentes ámbitos de la vida de los adolescentes, entre ellas se pueden observar abandono del hogar, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, conductas autodestructivas, hiperactividad o aislamiento, miedo generalizado, rechazo a su cuerpo, vergüenza, baja en el rendimiento escolar; trastorno disociativo y de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas o alcohol, conducta sexual temprana y no segura, trastornos depresivos, comportamiento agresivo, entre otras.

En la actualidad la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha adoptado el modelo ecosistémico o ecológico propuesto por Bronfenbrenner. Este modelo es aplicable para explicar la violencia contra los niños, niñas y adolescentes como un síntoma de disfunción en un complejo ecosistema con una multiplicidad de variables que interactúan entre sí. (Peroni & Prato 2012).

Se desprende que, desde esta perspectiva, no se considerará jamás a una persona o a un sistema como único responsable del abuso o maltrato, lo cual no quiere decir que todos tengan la misma responsabilidad. Se entiende, así, a la violencia que surge en la familia como el resultado no solo de una falla individual o de una disfunción grave del sistema familiar donde se produce, sino también del sistema institucional y social que la rodea. Para su aparición y mantenimiento se conjugan múltiples factores (bagaje individual, características e historia personal de cada adulto, relaciones y modos de comunicación en la familia y de esta con el entorno, características socioculturales y socioeconómicas del entorno), pero no como una simple relación causa-efecto. (Peroni & Prato 2012).

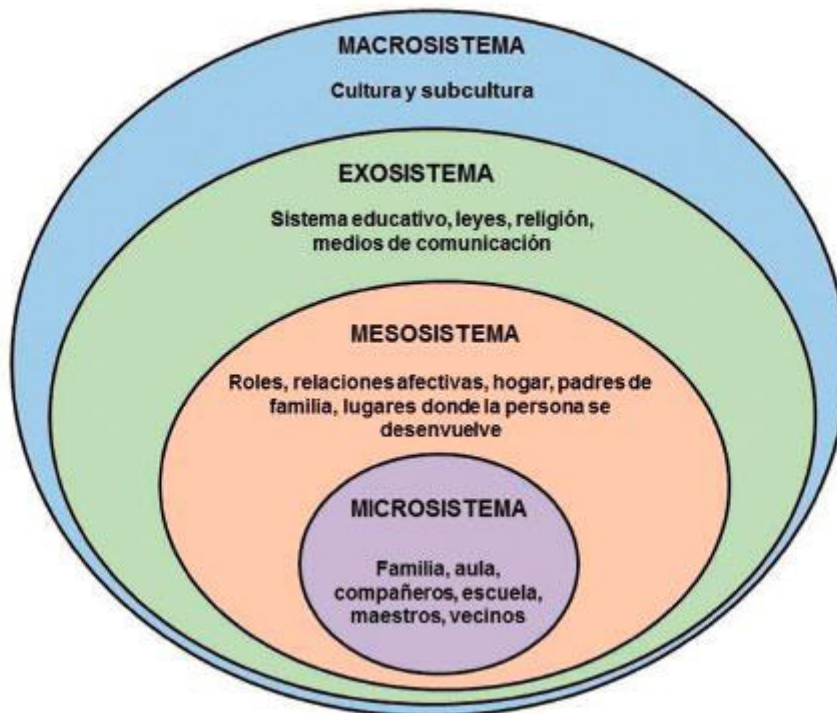


Figura N°1 Enfoque Ecosistémico

Fuente: Bronfenbrenner, 1979.

Bronfenbrenner postula cuatro niveles o sistemas que operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo del niño:

- **Microsistema:** corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.
- **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).
- **Exosistema:** se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.).

- **Macrosistema:** se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso-exo) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.

Al respecto, García (2001) menciona que el sistema ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1979) es dinámico, más que estático, y los procesos que influyen en el desarrollo son continuos e interactivos. La influencia de un factor simple en cualquiera de los sistemas y en cualquier punto o momento sólo puede ser predicho a través de la observación del niño en el contexto de un sistema ecológico más extenso

Hernández (2014), señala entre los factores compensatorios se encuentran la armonía marital, planificación familiar, satisfacción personal, escasos sucesos vitales estresantes, intervenciones terapéuticas familiares, apego materno/paterno al hijo, apoyo social, buena condición financiera, acceso a programas sanitarios adecuados, etc. y entre los factores estresores se cuentan: historia familiar de abuso, desarmonía familiar, baja autoestima, trastornos físicos y psíquicos en los padres, farmacodependencia, hijos no deseados, padre no biológico, madre no protectora, ausencia de control prenatal, desempleo, bajo nivel social y económico, promiscuidad, etc.

2.2.2.5 Consecuencias del Maltrato Infantil (Hernández, 2014)

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. La importancia, severidad y cronicidad de las estas secuelas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato.

- Características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales, etc.).
- El uso o no de la violencia física.
- Relación del niño con el agresor.
- Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil.
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.

Otra variable importante en la explicación del maltrato infantil es el apego disfuncional, es decir, que alteran el proceso normal de desarrollo y, con ello, afectan gravemente la capacidad para comunicarse e interactuar con otros y establecer relaciones saludables durante toda la vida. Pueden observarse repercusiones en las capacidades relacionales, de apego y autonomía. Quienes tienen este tipo de apego con sus figuras significativas están sujetos a presentar pesadillas, alteración del patrón del sueño, pérdida del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicosomáticos, que son importantes de observar e identificar. Lamont, A., 2010 (Citado en Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes, 2013).

Kwong, Bartholomew, Henderson & Trinke, en 2003 (Citado en Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes, 2013), señalan que el maltrato continúa de una generación a la siguiente. De forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta presentando una mayor probabilidad de repetir estas pautas de interacción en las parejas que establezcan incluso en la etapa de enamoramiento y/o noviazgo, cuando los niños o niñas son testigos de violencia hacia sus madres, es decir, existiría una transmisión transgeneracional de la violencia.

2.3 DEFINICION DE VARIABLES Y CONCEPTOS

2.3.1 Definición de Variables

Variable de Estudio

Inteligencia Emocional: Puntuación obtenida con la aplicación de la prueba de inteligencia emocional BarOn ICE: NA – Abreviada.

Depresión: Puntuación obtenida en la aplicación del inventario de Autoreporte de Depresión para niños.

Variable de Control:

Edad, sexo, grado de instrucción.

2.3.2 Definición de Conceptos

Violencia Familiar: Llamado también violencia doméstica o intrafamiliar. Alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. Se caracteriza por el uso de la fuerza en forma crónica o permanente. Puede ser ejercida de forma individual o grupal para someter a uno o más miembros de la familia. Los agredidos son sometidos a formas de sentir, pensar y actuar. Cualquier miembro de la familia puede ser agente o víctima de este tipo de violencia.

Inteligencia Emocional: Es el conjunto de habilidades emocionales, personales e interpersonales que influyen en nuestra forma de enfrentar las demandas y presión del medioambiente. Considerado como un factor importante para generar modos de tener éxito en la vida. Directamente influye en nuestro bienestar emocional general. (De acuerdo a BarOn 1997).

Relaciones interpersonales: Son interacciones superficiales o profundas que establecen las personas con otras personas o grupos de personas.

Componente Intrapersonal: Permite examinar la habilidad para comprender las propias emociones, capacidad de comunicar y expresar los sentimientos y necesidades.

Estilo de Afrontamiento: es la utilización de los recursos personales que el individuo puede desarrollar, y que le permiten hacer frente a las demandas de acontecimientos o situaciones potencialmente estresantes.

Adaptabilidad: Es la habilidad de ser flexible, para manejar los cambios de manera afectiva y realista, afrontando de manera positiva los problemas cotidianos.

Depresión: La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día a otro y no suele responder a cambios ambientales. La presentación puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, como la irritabilidad; consumo excesivo de alcohol; comportamiento histriónico; exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

Adolescentes: Persona que atraviesa la etapa de la adolescencia, que está comprendida entre los 10 y 14 años de edad para la adolescencia temprana, y la de 15 a 19 años de edad para la adolescencia tardía, las cuales poseen características propias, según la organización Mundial de la salud (OMS).

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

- Existe relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de violencia familiar, de una institución educativa del distrito del Vitarte.

2.4.2 Hipótesis Específicas:

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en los componentes de la inteligencia emocional en adolescentes de 14 a 16 años de edad víctimas y

no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito de Vitarte.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito de Vitarte.

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre el componente intrapersonal con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito de Vitarte.

H4: Existe relación estadísticamente significativa entre el componente interpersonal con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito de Vitarte.

H5: Existe relación estadísticamente significativa entre el componente adaptabilidad con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito de Vitarte.

H6: Existe relación estadísticamente significativa entre el componente manejo del estrés con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa del distrito de Vitarte.

H7: Existen diferencias estadísticamente significativas al describir y comparar los componentes de la inteligencia emocional con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad, víctimas y no víctimas de violencia familiar de una institución educativa secundaria del distrito del Vitarte.

CAPÍTULO III

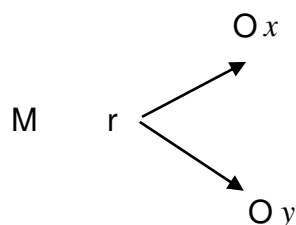
METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Investigación no experimental, de tipo descriptivo – correlacional. No siendo experimental debido a que no existe un control directo de las variables que actúan como independientes, dado que su efecto ya ha ocurrido o son inherentes no manipulables. Es descriptiva porque implica un conjunto de procedimientos sistematizados encargados de enunciar o describir las características externas o preceptuales de un determinado fenómeno de la realidad elegido por el investigador con el objeto de estudiarlo. Supone además enunciar dichas características tal como se presentan en la realidad, sin la intervención del investigador emitiendo juicios de valor. Es correlacional, porque busca identificar probables relaciones entre variables medidas con la finalidad de observar la dirección o grado en que cavarían (Sánchez y Reyes, 2002).

El diseño de investigación es de tipo descriptivo correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), ya que en un solo momento en el tiempo, se miden y describen las puntuaciones de la muestra en las variables inteligencia emocional y depresión, se establecen las diferencias o semejanzas en las mismas según las variables demográficas de comparación y, finalmente, se correlacionan ambas variables.

El diseño al ser correlacional tiene el siguiente esquema:



Dónde:

M es la muestra de estudio, los subíndices x, y en cada O indican las observaciones en cada una de las variables de estudio, y r simboliza la correlación (Sánchez y Reyes, 2002).

3.2 Población y muestra

Dentro del distrito de Vitarte, se encuentra ubicado Huaycán, siendo uno de los asentamientos humanos de mayor reconocimiento social y político, a raíz de los años de lucha contra la presencia sediciosa. Donde se concentra un alto índice de personas desplazadas, aproximadamente el 30% de su población actual. Según el censo de 1993, del INEI, el 50.6% de la población llega a esta zona por fenómeno de migración desde la Sierra (específicamente desde los departamentos de Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Junín y Pasco) ocurrida durante el período de violencia política (Navarro, 2013).

El INEI señala un crecimiento de la población en 600% en los últimos 17 años, lo que ha transformado a Huaycán en una comunidad siempre más compleja, generando nuevos problemas que la colocan como una de las zonas con el índice de pobreza extrema más alto de la ciudad (Navarro, 2013).

Por lo expuesto se ha considerado tomar a la población de estudiantes de ambos sexos de educación secundaria del distrito de Vitarte.

Población

La integran los estudiantes del nivel secundario siendo el total de 500 alumnos. De tercer, cuarto y quinto año de secundaria fueron 230.

Muestra

Quedó conformada por 212 alumnos debido a que se anularon las pruebas por estar incompletas.

Criterios de inclusión

- Alumnos de 3ero., 4to y 5to de secundaria

- Ambos sexos
- Residir en la zona de Huaycán
- Que no presenten discapacidad mental

Criterios de exclusión

- Que no residan en la zona
- Que presenten discapacidad mental

Antes de aplicar los instrumentos, los alumnos debían de responder a una ficha de tamizaje sobre el maltrato familiar, determinando a partir de ellos dos grupos. El primero de ellos GRUPO “A”, sujetos víctimas de violencia familiar; y el segundo GRUPO “B”, sujetos que no sean víctimas de violencia familiar. El primer grupo estuvo compuesto por 101 sujetos, mientras que el segundo estuvo conformado por 111 sujetos, (ver figura 1).

El tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico de tipo intencional, ya que la elección de los participantes se da en base a una intención particular de la investigación (Sánchez y Reyes 2002).

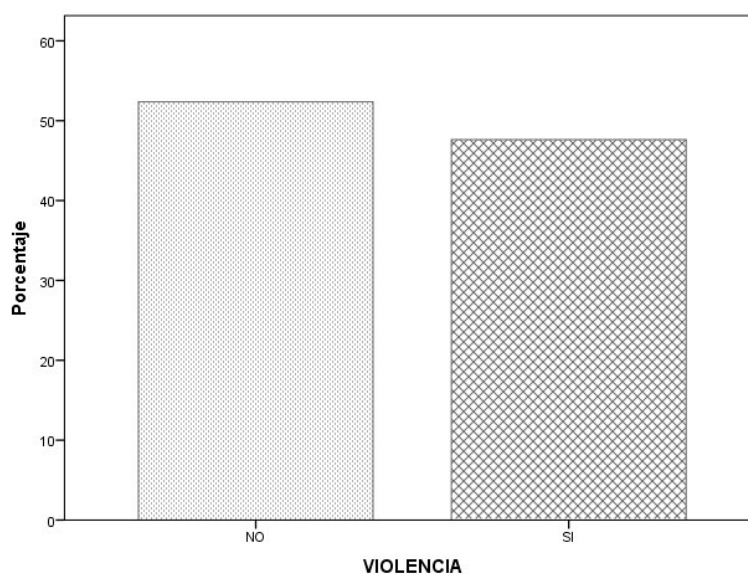


Figura 2. Porcentaje de los participantes según sean víctimas o no de violencia familiar.

Tal como se puede observar en las tablas N° 1, 2 y 3 las distribuciones de la muestra empleada según sexo, edad y grado de instrucción. Teniendo en cuenta el sexo, se aprecian diferencias en los números absolutos de integrantes de cada estrato, existiendo mayor porcentaje de varones; asimismo se observa mayor porcentaje en los grupos de edad de 15 años; finalmente se aprecia que más del 50% de los evaluados viven con sus padres.

Tabla 1
Distribución de participantes según sexo

Sexo	F	%
Masculino	111	52.4
Femenino	101	47.6
Total	212	100

Tabla 2
Distribución de participantes según edad

Edad	F	%
14	51	24.06
15	93	43.87
16	68	32.07
Total	212	100

Tabla 3
Distribución de participantes según grado de instrucción

Grado de instrucción	F	%
Tercero	61	28.77
Cuarto	86	40.57
Quinto	65	30.66
Total	212	100

3.3 Instrumentos y materiales

Las técnicas empleadas en la colecta de datos fueron la documental y la del autoinforme. El instrumento en el primer caso fue el cuestionario en su modalidad de Ficha de datos en la cual se consignó información concerniente a su sexo, edad y grado de instrucción, además de otra información. Se emplearon el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE – NA, el Inventario de Depresión para Niños – CDI y la ficha de Tamizaje de Violencia y Maltrato Infantil, instrumento empleado por el Ministerio de salud.

3.3.1 Inventario Emocional BarOn ICE: NA – Abreviada

Estandarizado por Ugarriza y Pajares (2003). Consta de 30 ítems cortos, los que deben ser respondidos de acuerdo a la escala Likert. Los ítems tiene por opción de respuesta “Muy rara vez (1)”, “Rara vez (2)”, “A menudo” (3), y “Muy a menudo” (4). A las respuestas contestadas se le va a asignar un punto.

Se evalúa dos escalas: Inteligencia emocional total, e impresión positiva. Considerando cuatro factores: interpersonal, intrapersonal, adaptabilidad y manejo de estrés. El tiempo de administración es de 20 minutos aproximadamente y se aplica de forma individual.

El BarOn ICE: NA mide diversas habilidades y competencias que constituyen las características centrales de la inteligencia emocional. Puede ser usado como un instrumento rutinario de exploración en diversos ambientes tales como escuelas, clínicas, centros de atención juvenil y consultorios particulares. Los usuarios potenciales pueden ser psicólogos, médicos, trabajadores sociales, consejeros, maestros, enfermeras y personas especializadas en el trabajo con niños. Es un instrumento útil que brinda información sobre la inteligencia emocional y social de la persona.

De acuerdo al modelo general del BarOn la inteligencia general está compuesta tanto de la inteligencia cognitiva, evaluada por el CI (coeficiente intelectual) y la inteligencia emocional, evaluada por el CE (coeficiente

emocional). Las personas saludables que funcionan bien y son exitosas poseen un grado suficiente de inteligencia emocional.

a. Confiabilidad

El propósito de estudiar la confiabilidad es examinar en qué medida las diferencias individuales de los puntajes en un test pueden ser atribuidas a las diferencias “verdaderas” de las características consideradas. En el extranjero BarOn y Parker (2000) realizaron un estudio sobre cuatro tipos de confiabilidad test-retest, y además, establecieron el error estándar de medición/predicción, los mismos que son presentados de modo detallado en el manual técnico de la prueba original.

En esta investigación, se ha procedido en gran medida a realizar el mismo análisis, exceptuando la confiabilidad test-retest, cabe mencionar que en el trabajo de BarOn y Parker (2000) el retest efectuado en una muestra de 60 niños cuya edad promedio fue 13.5 años, reveló la estabilidad del inventario oscilando los coeficientes entre .77 y .88 tanto para la forma completa como para la abreviada. En cambio, en las muestras normativas peruanas además de los efectos del sexo y grupos de edad, se ha procedido también a examinar los efectos de la gestión y grupos de edad.

b. Validez

La validez de un instrumento básicamente está destinada a demostrar cuán exitoso y eficiente es un instrumento en la medición de un constructo o constructos que está diseñado a evaluar. No existe un modo absoluto de conocer si un instrumento mide completamente un constructo, dado que el constructo nunca puede ser perfectamente medido por cualquier medio. Sin embargo, uno desea demostrar que existe un número suficiente de estudios que utilizando diversas metodologías, presentan la evidencia con que el instrumento mide de manera adecuada el constructo para el que fue diseñado medir.

La validación del BarOn ICE: NA, formas completa y abreviada, se presenta en el manual original del inventario (BarOn y Parker, 2000). Se estableció en primer lugar la estructura factorial de los 40 ítems de las escalas intrapersonal, interpersonal, manejo del estrés y adaptabilidad, mediante un análisis factorial exploratorio en una muestra normativa de niños y adolescentes de diferentes grupos raciales en los Estados Unidos de Norteamérica (N=9172). Se utilizó un análisis de componentes principales con una rotación Varimax. Los factores empíricos hallados correspondían cercanamente a las cuatro escalas del inventario que fueron desarrolladas para evaluar la inteligencia emocional, casi los 40 ítems cargaban por lo menos de modo moderado en su factor correspondiente y tenían muy bajos pesos en los otros tres factores. La forma abreviada del inventario presentó solución similar.

Las intercorrelaciones de las diferentes escalas para las versiones tanto completa como abreviada de la versión norteamericana del inventario, presentar correlaciones desde bajas a moderada lo que brinda apoyo al carácter multidimensional del inventario que revelaría que mide diferentes aspectos de la inteligencia emocional.

Las intercorrelaciones entre las escalas de correspondientes del inventario de las formas completa y abreviada, muestran una alta congruencia. Por ejemplo, en la escala interpersonal de la versión completa con la misma escala de la versión abreviada, tanto en varones como en mujeres, la correlación existente fue .92. Así mismo, BarOn y Parker (2000) informan en el manual técnico otros estudios relativos a la validación del inventario con otras mediciones de la inteligencia emocional, de la personalidad y otros instrumentos que evalúan conductas problemáticas y los resultados demuestran, que las escalas del inventario de BarOn EQ-I: YV Identificar las características centrales de la inteligencia emocional en niños.

3.3.1.1 Análisis psicométrico del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE – NA

Al estudiar el análisis de los ítems y la confiabilidad del inventario de inteligencia emocional de BarOn ICE- NA en la muestra evaluada, se observa que en la mayoría de casos los valores del índice de homogeneidad (IH) son mayores a .20, lo que indica un grado de semejanza de relación entre las respuestas a un ítem y al resto de los ítems del test (ver tabla 5). En cuanto a la confiabilidad del inventario, mediante el método de consistencia interna, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Conbrach igual a .715 para la escala global, lo cual permite señalar que el instrumento es confiable.

En relación a la validez, Ugarriza y Pajares (2004) adaptaron el inventario a la población peruana, centrándose en la validez de constructo y la multidimensionalidad de las diversas escalas, con una muestra de 3374 niños y adolescentes de Lima Metropolitana. Realizaron un análisis factorial exploratorio y un análisis de los componentes principales con rotación Varimax, encontrando resultados que coinciden en gran medida a los factores hallados en la muestra original (norteamérica). Asimismo realizaron intercorrelaciones entre la escala completa y la escala abreviada, para conocer el grado de relación entre los factores, encontrándose correlaciones de bajas a moderadas entre las diferentes escalas. Por último realizaron correlaciones entre las escalas similares de las dos formas (completa y abreviada), encontrándose correlaciones muy elevadas, por ejemplo, en la escala manejo de estrés de la forma completa con el manejo del estrés de la forma abreviada, fue de .89.

Tabla 4

Análisis de los ítems e índices de homogeneidad del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE - NA

Ítem	IH	Alfa si el ítem es eliminado
1	.256	.706
2	.112	.716
3	.307	.702
4	.017	.720
5	.197	.710
6	.322	.701
7	.141	.713
8	.132	.713
9	.115	.715
10	.331	.701
11	.110	.716
12	.159	.715
13	.477	.691
14	.232	.708
15	.237	.707
16	.438	.693
17	.127	.715
18	.153	.713
19	.458	.693
20	.308	.703
21	.331	.701
22	.356	.700
23	.237	.707
24	.371	.699
25	.161	.712
26	.181	.712
27	.132	.714
28	.283	.704
29	.126	.716
30	.284	.704
Alfa de Cronbach = .715		

3.3.2 Inventario de Autoreporte de Depresión para Niños (CDI) – Kovacs

El inventario de Autorreporte de Depresión para niños (CDI) fue creada en Estados Unidos por María Kovacs en 1977. El punto de partida para la construcción del Inventario fue el Beck Depression Inventory (Beck, 1967), una escala clínica de autorreporte de depresión para adultos compuesta de 21 ítems.

Este inventario cuantifica un rango de síntomas depresivos que incluyen disturbios en el humor, capacidad hedónica, funciones vegetativas, autoevaluación y conductas interpersonales. Algunos ítems aluden a las consecuencias de la depresión en contextos específicamente relevantes para los niños, como la escuela. Kovacs refiere que el CDI ha sido elaborado, para niños y adolescentes escolares a partir de 8 años de edad.

El inventario consta de 27 ítems de los cuales, contiene por lo menos, dos ítems por cada síntoma que el DSM-III incluye como criterio diagnóstico de depresión. Es un instrumento que se adecúa sin problemas a una administración grupal en sujetos normales. El tiempo de administración es aproximadamente de 10 a 20 minutos, aunque no existe un límite de tiempo.

Ha sido estandarizado para nuestro medio por Luzmila Reátegui (1994). Comprendió la evaluación de sujetos de dos poblaciones diferentes (escolares y clínicas). La muestra escolar estuvo conformada por 3 grupos de niños normales de tres niveles socio-económicos ($n=70$) entre 8 y 14 años y un grupo de niños escolares con problemas de aprendizaje ($n=56$). En la muestra clínica se consideraron dos grupos según el diagnóstico: niños depresivos ($n=32$) y niños con otras psicopatológicas ($n=30$) entre 7 y 15 años.

a. Validez

Respecto a la validez del instrumento, Reátegui (1994) adaptó el inventario a la población peruana, utilizando para ellos dos poblaciones diferentes (escolares y clínicas). En relación a la validez de contenido, la adaptación lingüística del instrumento en la muestra escolar se ha

obtenido correlaciones ítem-test altamente significativas, abarcando un rango desde 0.19 a 0.53; en la muestra clínica, también se han obtenido índices significativos (aunque con niveles de significancia menores que en los escolares) que varían entre 0.21 y 0.71, a excepción de los ítems 4, 12 y 18 que no llegaron a ser significativos.

En relación a la validez de criterio, el inventario ha logrado discriminar entre el grupo Depresivo según diagnóstico psiquiátrico ($M= 20.59$), la muestra escolar ($M= 11.18$) y el grupo con otros diagnósticos clínicos ($M= 15.70$), lo cual indica que el instrumento mide real y específicamente el constructo depresión, confirmando su validez por contrastación de grupos definidos.

Asimismo se obtuvo correlación con otras pruebas (validez concurrente), encontrándose que el inventario de depresión está relacionado en forma significativa con los siguientes constructos; depresión, medido por el CDS ($r= 0.72$, $p < 0.0001$); auto concepto negativo, medido por la Escala de Auto concepto para niños de Mc. Daniel – Piers ($r= -0.70$, $p < 0.0001$); inestabilidad emocional, medida por la escala “N” del JEPI ($r= 0.77$, $p < 0.0001$); introversión, medida por la escala “E” del JEPI se podría concluir porque la correlación con los promedios de las notas aunque significativas, es baja ($r= -0.22$, $p < 0.01$).

Finalmente en relación a la validez de constructo, esta se obtuvo realizando un análisis factorial, con el objetivo de analizar si la prueba es homogénea, es decir, si un solo factor explica la varianza o si su composición es heterogénea o multifactorial, para lo cual se utilizó la “Varimax Rotation”. Se evaluaron las muestras por separado (escolar y clínica) para lo cual se utilizó el programa de computación del SPSS. De tal análisis emergieron 8 factores para la muestra escolar que explican el 51.5% de la varianza y 7 factores para la muestra clínica que explican el 57.8% de la varianza. Los resultados de la muestra escolar, revelan que el Factor I de esta muestra refleja claramente una disminución de la autoestima (poca autovaloración al compararse con pares, autopercepción física y negativa, auto – desprecio, sentimientos de inutilidad y culpa). El factor II contiene componentes emocionales depresivos (llanto,

tristeza y baja tolerancia a la frustración). A partir del factor III ya no resalta un tema predominante, pues los demás ítems se encuentran agrupados sin ningún orden temático por lo que no están claramente interpretables. Los resultados de la muestra clínica, revelan que en el Factor I predominan componentes emocionales y cognitivos típicamente depresivos como el estado de ánimo deprimido (tristeza, llanto, sentimientos de soledad, sentimientos de no ser querido y desesperanza) y disminución de la autoestima (percepción negativa de sí misma, autodesprecio y poca valoración en comparación con sus pares). Este factor tiene en común varios ítems de los factores de la muestra clínica se encuentran dispersos los demás síntomas como anhedonia, disminución de la motivación, del interés social y del rendimiento escolar, ideación suicida, preocupación somática y síntomas vegetativos, pero ninguno de tales factores refleja u tema predominante.

b. Confiabilidad

El Inventario de Depresión para niños posee una alta consistencia interna, pues obtiene un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach igual a 0.81, y de dos mitades pares – nones ($r = 0.82$) fueron altos y significativos ($p < 0.0001$)

Asimismo, el Inventario es un instrumento confiable en cuanto a su estabilidad en el tiempo, pues los coeficientes de confiabilidad test – retest fueron altos y significativos, siendo mayor cuando el intervalo intertest es más corto ($r = 0.84$, $p < 0.001$) que cuando es más largo ($r = 0.64$, $p < 0.001$) que cuando es más largo ($r = 0.64$, $p < 0.0001$).

c. Normas de estandarización

Las normas percentilares para nuestro medio fueron derivadas de los puntajes de la muestra escolar de educación regular (Grupos A, B, y C) conformada por 570 niños entre 8 y 14 años de 3er grado de primaria a 3er año de secundaria.

Debido a que no hubo diferencias en los puntajes entre niños y niñas en la muestra escolar y que las diferencias halladas en cuanto a edad son mínimas y sólo se dieron entre dos grupos de edad, la muestra se trató como un solo grupo y se elaboró un solo baremo.

d. Calificación y diagnóstico

La escala cuenta con 27 ítems, cada ítem está compuesto por tres alternativas que se puntúan con una escala de 1 a 2 por lo que el puntaje potencial abarca desde 0 a 54. La alternativa que se puntúa con (0) indica ausencia del síntoma, la que se puntúa con (1) indica la presencia moderada del síntoma y la que se puntúa con (2) indica la máxima intensidad del síntoma. El niño debe elegir entre las tres afirmaciones, la que mejor lo describa durante las dos últimas semanas. El 50% de los ítems empiezan con la alternativa que refleja la mayor intensidad del síntoma, para el resto el orden es inverso.

Se hace una sumatoria de los puntajes equivalentes a las alternativas marcadas por el sujeto obteniendo así el puntaje total, el que se deberá comparar con la tabla de baremos y ubicar el percentil que le corresponde.

Según los baremos, el punto de corte (puntaje a partir del cual se considera que el sujeto presenta la entidad depresiva) propuesto en esta investigación corresponde al percentil 75, lo cual significa que si un niño obtiene un puntaje igual o mayor a 15, presenta niveles significativos de depresión.

3.3.2.1 Análisis psicométrico de Inventario de Depresión para Niños – (CDI)

En relación al Inventario de depresión para niños (CDI) de M. Kovacs, al estudiar el análisis de los ítems y la confiabilidad del inventario en la muestra evaluada, se observa que todos los casos las correlaciones ítem-test corregidas (IH) obtienen valores superiores al criterio empírico (.20), lo que indica un grado de semejanza de relación entre las respuestas a un ítem y al resto de los ítems del test (ver tabla 5). En cuando a la confiabilidad del inventario, mediante el método de consistencia interna, se obtuvo un

coeficiente de confiabilidad alfa de Conbrach de .849 para la escala global, lo cual permite señalar que el instrumento es confiable.

Tabla 5

Análisis de los ítems e índices de homogeneidad del Inventario de Depresión para Niños - CDI

Ítem	IH	Alfa si el ítem es eliminado
1	.546	.839
2	.427	.843
3	.526	.840
4	.188	.851
5	.287	.847
6	.371	.845
7	.503	.840
8	.460	.842
9	.382	.844
10	.545	.839
11	.471	.842
12	.132	.852
13	.211	.850
14	.467	.842
15	.487	.840
16	.339	.846
17	.450	.842
18	.329	.847
19	.281	.847
20	.565	.838
21	.339	.846
22	.274	.848
23	.416	.843
24	.469	.842
26	.247	.849
27	.452	.843
Alfa de Cronbach = .849		

3.3.3 Ficha de Tamizaje – Violencia y Maltrato Infantil

Ficha que ha sido elaborada por el Ministerio de Salud (MINSA), conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud en el año 2000. Considerada en las normas y procedimientos para la atención a la violencia familiar y el maltrato infantil en el MINSA. Instrumento que es utilizado en todos los establecimientos del Ministerio de salud con el fin de encontrar índices del maltrato físico, psicológico, negligencia y sexual. (Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia de género – MINSA, 2009)

3.3.4 Ficha de datos sociodemográficos

Aplicada mediante una entrevista semiestructurada, para evaluar las características de los datos en relación a su estructura familiar, además de la edad, sexo, grado de instrucción y otros.

3.4 Procedimiento

Se contactó con la institución educativa, para las coordinaciones en la aplicación de los instrumentos, coordinando fecha y hora para el mismo. Se realizó la aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada de forma individual y grupal, con el apoyo de encuestadores entrenados para dicho propósito. Posterior a ello se construyó una base de datos con las respuestas dadas en los instrumentos, a través de un programa informativo (Excel). Luego de ello se procedió a exportar los datos a un programa estadístico, en este caso al programa estadístico SPSS en español para el análisis correspondiente.

3.5 Técnicas de análisis estadísticos

Los datos resultantes de la observación de las variables mediante los instrumentos empleados, fueron tabulados en una matriz de datos.

El análisis de los datos se realizó usando tanto la estadística descriptiva como la estadística inferencial. Los estadísticos y pruebas estadísticas utilizadas son las siguientes:

a. Nivel descriptivo: Frecuencias y porcentajes.

b. Nivel inferencial: Coeficiente alfa de Cronbach, correlación ítem-test corregida, coeficiente Kolmogorov – Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors, coeficiente de comparación U de Mann-Whitney, y el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

+

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados a los que se llegó en la investigación en relación a los objetivos e hipótesis propuestas.

4.1. Resultados y Contrastación de las Hipótesis

Antes de analizar los resultados y contrastar las hipótesis planteadas, se vio por conveniente realizar un análisis de normalidad, lo cual busca conocer si las puntuaciones de las variables a tratar presentan una distribución normal, permitiendo de este modo fundamentar o sustentar la elección de las pruebas estadísticas adecuadas (paramétrica o no paramétrica) en el análisis. En este sentido se decidió aplicar la prueba de normalidad a través del coeficiente Kolmogorov – Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 6 se observan los valores hallados para el coeficiente Kolmogorov – Smirnov, siendo todos ellos significativos ($p < .01$) y muy significativos ($p < .001$) para todas las variables, lo que señala que los grupos de estudio no presentan una distribución normal, por lo que se decidió por conveniente realizar los análisis con estadísticos no paramétricos. En tal sentido, para las comparaciones se utilizó el coeficiente de comparación U de Mann-Whitney, y para las correlaciones el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Tabla 6

Coeficiente Kolmogorov – Smirnov en las variables a contrastar

Variables	K-S	Sig. asintótica (bilateral)
Intrapersonal	.078**	.003
Interpersonal	.092***	.000
Adaptabilidad	.080**	.002
Manejo del estrés	.143***	.000
Inteligencia Emocional total	.042	.200
Depresión	.084**	.001

N = 212, *** p < .001, ** p < .01

En lo concerniente a la relación entre la inteligencia emocional y la depresión en los adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar, correspondiente a la hipótesis general, los resultados presentados en la tabla 7 señalan que existe correlación negativa ($r = -.469$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre ambas variables en la muestra total. Es decir, que cuando las puntuaciones aumentan en la variable inteligencia emocional, disminuyen las puntuaciones en la variable depresión, y viceversa. Es de señalar que el coeficiente de correlación es indicador de una correlación moderada (Delgado, Ecurra y Torres, 2006). También se puede observar que los adolescentes que han experimentado violencia familiar y presentan depresión disminuyen su inteligencia emocional.

Estos datos permiten aceptar la hipótesis general, que postula la existencia de relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y la depresión, en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Tabla 7

Coeficiente de correlación Rho de Spearman para la inteligencia emocional y la depresión, tanto en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar

		Inteligencia emocional
Depresión	No Viol.	-.374**
	Si Viol.	-.497**
	Total	-.469 **
N = 212, ** p < .01		

Los resultados presentados en la tabla 8 reportan coeficientes de comparación U de Mann-Whitney significativo ($p < .05$) para el componente intrapersonal, y muy significativo ($p < .001$) para el componente manejo del estrés; es decir existe diferencias en estos componentes (intrapersonal y manejo del estrés) entre los adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar, siendo los adolescentes que no sufren violencia aquellos que obtienen un rango promedio mayor en estos componentes. No se hallaron diferencias significativas en los componentes interpersonales y adaptabilidad de la inteligencia emocional. Por lo tanto se acepta la primera hipótesis específica (H1) para los componentes intrapersonal y manejo del estrés; rechazándose dicha hipótesis para los componentes interpersonal y adaptabilidad.

Tabla 8

Coeficiente de comparación U de Mann-Whitney para los componentes de la inteligencia emocional en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar

Componentes	Violencia	n	Rango promedio	U	Z
Intrapersonal	No	111	114.59	4707.00*	-2.024
	Si	101	97.60		
Interpersonal	No	111	106.25	5577.50	-.063
	Si	101	106.78		
Adaptabilidad	No	111	121.03	5011.00	-1.339
	Si	101	90.53		
Manejo del estrés	No	111	111.86	3992.50**	-3.634
	Si	101	100.61		

N = 212, *** p < .001, * p < .05

Al buscar conocer si existe diferencia estadísticamente significativa en la variable depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar, se estimó oportuno presentar previamente la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión hallados en la muestra evaluada. Como se observa en la tabla 9, el 70.8% de la muestra no presenta depresión (según el instrumento empleado), y solo el 29.2% se le diagnostica con depresión.

Tabla 9

Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión en la muestra evaluada

Depresión	F	%
No	150	70.8
Si	62	29.2
Total	212	100

En la tabla 10 se presenta los resultados de la prueba U de Mann-Whitney. Se observa diferencias estadísticamente muy significativas ($p < .001$) en los niveles de depresión en los adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar, siendo las víctimas de violencia familiar aquellas que obtienen un rango promedio mayor, en comparación a los que no sufren violencia familiar; es decir, los adolescentes que sufren violencia familiar presentan mayor depresión que los adolescentes que no sufren violencia familiar. Por lo que se acepta la hipótesis específica (H2) que postula la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Tabla 10

Coeficiente de comparación U de Mann-Whitney para la variable depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar

Dimensiones	Violencia	n	Rango promedio	U	Z
Depresión	No	111	73.85	1981.00***	-8.134
	Si	101	142.39		

N = 212, *** $p < .001$

En lo que concierne a la relación entre el componente intrapersonal con la depresión en víctimas y no víctimas de violencia familiar. Los resultados presentados en la tabla 11 señalan que existe correlación negativa ($r = -.243$) y estadísticamente significativa ($p < .05$) entre ambas variables en el grupo de adolescentes que sufre violencia familiar. Asimismo se observa correlación negativa ($r = -.257$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) cuando se considera a ambos grupos (víctimas y no víctimas); en otras palabras, cuando aumenta las puntuaciones en la variable depresión, disminuye las puntuaciones en el componente intrapersonal. Es de señalar que los

coeficientes de correlación son indicadores de correlaciones bajas (Delgado, Ecurra y Torres, 2006). De este modo se acepta la hipótesis específica (H3) que postula la existencia de relación estadísticamente significativa entre el componente intrapersonal con la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Tabla 11

Coeficiente de correlación Rho de Spearman para el componente intrapersonal de la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar

Violencia	n	Rho de Spearman	
		Intrapersonal	
Si	101	Depresión	-.243*
No	111	Depresión	-.156
Total	212	Depresión	-.257**

N = 212, ** p < .01* p < .05

Al analizar la relación entre el componente interpersonal con la depresión en víctimas y no víctimas de violencia familiar, los resultados presentados en la tabla 12 señalan que existe relación negativa ($r = -.248$) y estadísticamente significativa ($p < .05$) entre ambas variables solo en el grupo de adolescentes que sufre violencia familiar. No se halló correlación significativa entre el componente interpersonal y la depresión en el grupo de adolescentes que no sufre violencia familiar, tampoco cuando se considera a ambos grupos (víctimas y no víctimas). Por tanto se acepta la hipótesis específica (H4) para el grupo que sufre violencia familiar, y se rechaza dicha hipótesis para el grupo que no sufre violencia familiar.

Tabla 12

Coeficiente de correlación Rho de Spearman para el componente interpersonal de la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar

Violencia	n	Rho de Spearman	
		Interpersonal	
Si	101	Depresión	-.248*
No	111	Depresión	-.053
Total	212	Depresión	-.111

N = 212, * p < .05

Se halla correlación negativa y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre el componente adaptabilidad con la depresión en adolescentes víctimas ($r = -.280$) y no víctimas ($r = -.301$) de violencia familiar (ver tabla 13). Lo que permite aceptar la hipótesis específica (H5) que plantea que existe relación estadísticamente significativa entre el componente adaptabilidad con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Tabla 13

Coeficiente de correlación Rho de Spearman para el componente adaptabilidad de la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar

Violencia	n	Rho de Spearman	
		Adaptabilidad	
Si	101	Depresión	-.280**
No	111	Depresión	-.301**
Total	212	Depresión	-.288**

N = 212, ** p < .01

También se halla correlación negativa ($r = -.367$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre el componente manejo del estrés y la depresión en el grupo de adolescentes que sufre violencia familiar (ver tabla 14). De la misma forma se observa correlación negativa ($r = -.355$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) cuando se considera a ambos grupos (víctimas y no víctimas). Es de precisar que los coeficientes de correlación son indicadores de correlaciones moderadas (Delgado, Ecurra y Torres, 2006). Estos datos permiten aceptar la hipótesis específica (H6) que plantea la existencia de relación estadísticamente significativa entre el componente manejo del estrés con la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Tabla 14

Coeficiente de correlación Rho de Spearman para el componente manejo del estrés de la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar

Violencia	n	Rho de Spearman	
		Manejo del estrés	
Si	101	Depresión	-.367**
No	111	Depresión	-.160
Total	212	Depresión	-.355**

N = 212, ** $p < .01$

Finalmente al analizar si existe diferencias al describir y comparar los componentes de la inteligencia emocional con la depresión en los adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar, se vio por convenientes presentar en primer lugar los datos hallados para la muestra total (tabla 15), y luego analizar los datos para cada uno de los grupos (víctimas y no víctimas de violencia, tabla 16 y 17 respectivamente).

En la tabla 15 los coeficientes de comparación U de Mann-Whitney son significativos ($p < .01$) para los componentes intrapersonal y adaptabilidad, y muy significativos ($p < .001$) para el componente manejo del estrés para la muestra total (sin diferenciar si son víctimas o no de violencia), observándose que los adolescentes que no presentan depresión obtienen un rango promedio mayor a los que presentan depresión; en otras palabras, los adolescentes que no presentan depresión obtienen puntuaciones más elevadas en los componentes intrapersonal, adaptabilidad y manejo del estrés, diferenciándose de este modo de los adolescentes que sufren depresión.

Tabla 15

Coeficiente de comparación U de Mann-Whitney para los componentes de la inteligencia emocional considerando la presencia o no de depresión en la muestra total

Componentes	Depresión	n	Rango promedio	U	Z
Intrapersonal	No	150	115.21	3343.00**	-3.232
	Si	62	85.42		
Interpersonal	No	150	109.84	4149.50	-1.238
	Si	62	98.43		
Adaptabilidad	No	150	115.21	3344.00**	-3.229
	Si	62	85.44		
Manejo del estrés	No	150	117.63	2980.00***	-4.131
	Si	62	79.56		

N = 212, *** $p < .001$, ** $p < .01$

Resultados parecidos son hallados cuando se analizan en el grupo de adolescentes víctimas de violencia familiar, obteniéndose coeficientes de comparación U de Mann-Whitney significativos ($p < .01$, $p < .05$), es decir, existe diferencias estadísticamente significativas en todos los componentes de la inteligencia emocional, observándose valores de rango promedio mayor en los adolescentes que no sufren depresión. Es decir, en el grupo de adolescentes que sufren violencia familiar, obtienen puntuaciones más altas, en los componentes de la inteligencia emocional, aquellos que no presentan depresión (ver tabla 16).

Tabla 16

Coeficiente de comparación U de Mann-Whitney para los componentes de la inteligencia emocional considerando la presencia o no de depresión en adolescentes víctimas de violencia familiar

Componentes	Depresión	n	Rango promedio	U	Z
Intrapersonal	No	47	57.64	957.00*	-2.135
	Si	54	45.22		
Interpersonal	No	47	58.39	921.50*	-2.378
	Si	54	44.56		
Adaptabilidad	No	47	57.82	948.50*	-2.193
	Si	54	45.06		
Manejo del estrés	No	47	60.74	811.00**	-3.132
	Si	54	42.52		

n = 101, ** $p < .01$, * $p < .05$

No ocurre lo mismo cuando se busca conocer si existe diferencia estadísticamente significativa en los componentes de la inteligencia emocional considerando la presencia o no de depresión en adolescentes no víctimas de violencia familiar. En la tabla 17 se observa que solo se halla diferencia significativa ($p < .05$) en el componente adaptabilidad, siendo los adolescentes que no presentan depresión aquellos que obtiene un rango promedio más alto.

Los datos presentados en las tablas 15, 16 y 17 permiten aceptar la hipótesis específica (H7) para todos los componentes de la inteligencia emocional en el grupo de adolescentes víctimas de violencia familiar; y solo para el componente adaptabilidad en el grupo de adolescentes no víctimas de violencia familiar.

Tabla 17

Coeficiente de comparación U de Mann-Whitney para los componentes de la inteligencia emocional considerando la presencia o no de depresión en adolescentes no víctimas de violencia familiar

Componentes	Depresión	n	Rango promedio	U	Z
Intrapersonal	No	103	57.12	296.50	-1.325
	Si	8	41.56		
Interpersonal	No	103	54.91	299.50	-1.290
	Si	8	70.06		
Adaptabilidad	No	103	57.91	215.50*	-2.253
	Si	8	31.44		
Manejo del estrés	No	103	55.77	388.50	-.270
	Si	8	58.94		

n = 111, * $p < .05$

4.2 Análisis Complementario

Se consideró importante revisar las diferencias según sexo, así como se puede observar en la Tabla 18, que son las mujeres las que presentan rangos medios más altos que los hombres en la variable depresión, apreciándose además que existen diferencias significativas. En cuanto a la inteligencia emocional al comparar ambos sexos no se encontraron diferencias.

Tabla 18

Coeficiente de comparación U de Mann-Whitney para la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar considerando la variable sexo

Variables	Sexo	n	Rango promedio	U	Z	p
Inteligencia emocional	Masculino	111	104.39	5371.000	-.526	.599
	Femenino	101	108.82			
Depresión	Masculino	111	97.62	4619.500	-2.213	.027
	Femenino	101	116.26			
n = 212						

En la Tabla 19, se puede apreciar diferencias significativas entre las variables inteligencia emocional y edad, entre los adolescentes de 15 y 16 años, obteniendo un rango promedio mayor en los adolescentes de 16 años.

Tabla 19

Coeficiente de comparación Kruskal-Wallis para la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar considerando la variable edad

Variables	Edad	n	Rango promedio	K-W	p
Inteligencia emocional	14	51	99.30	7.168	.028
	15	93	98.46		
	16	68	122.89		
Depresión	14	51	115.99	4.397	.111
	15	93	110.39		
	16	68	94.07		
n = 212					

Se puede observar en la Tabla 20, diferencias en las variables inteligencia emocional y depresión considerando el grado de instrucción, presentando en la variable inteligencia emocional un rango promedio mayor en el quinto año, mientras que en relación a la variable depresión se encuentra un rango promedio mayor en el tercer año.

Tabla 20

Coeficiente de comparación Kruskal-Wallis para la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar considerando el grado de instrucción

Variables	Grado de instrucción	n	Rango promedio	K-W	p
Inteligencia emocional	Tercero	61	86.48	13.049	.001
	Cuarto	86	106.02		
	Quinto	65	125.92		
Depresión	Tercero	61	120.02	7.524	.023
	Cuarto	86	108.98		
	Quinto	65	90.53		
n = 212					

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Análisis y discusión de los resultados

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes es un grave problema de salud pública generalizado en el que intervienen variables psicológicas, culturales, económicas y sociales que además afectan el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de los niños, esto a su vez implica un incremento en el riesgo de contraer trastornos relacionadas con el estrés y el deterioro cognitivo (la capacidad de pensar, aprender y comprender). En ese sentido la correlación negativa encontrada en este estudio entre depresión e inteligencia emocional coincide con las investigaciones de Kristofferson, M. & Depanfilis, D. en el 2009, citadas por el Ministerio de Salud de Chile (2013), quienes hallaron que los niños y niñas que han sido expuestos a conductas negligentes tienen más problemas emocionales y sociales que aquellos que no lo han sido. Del mismo modo, en el largo plazo, el haber estado expuesto a maltrato físico incrementa el riesgo de conductas violentas, comportamientos antisociales e intentos de suicidio, así como desórdenes depresivos y consumo problemático de alcohol. Además, puede provocar aislamiento social, conductas agresivas y diagnósticos de trastornos emocionales, siendo los adolescentes víctimas de violencia familiar los que están más afectados en su inteligencia emocional.

Considerando que la Organización Mundial de la Salud (2009) nos plantea que el maltrato es un factor de riesgo para la salud mental, la educación, el empleo y los problemas de relación en el futuro, como también Oliver (2001) observa que las conductas depresivas, autodestructivas y suicidas parecen darse con mayor frecuencia en personas que han llevado vidas familiares crónicamente estresantes, como en una situación de violencia familiar. Asimismo García et al. (2007) refieren que estos adolescentes se enmarcan en contextos como el alcoholismo, violencia en la escuela, dificultad en el aprendizaje, poco interés académico, impulsividad, baja tolerancia a las frustraciones y autoimagen negativa. Así los adolescentes víctimas de violencia

familiar con bajos niveles de inteligencia emocional en el futuro serán proclives a presentar trastornos afectivos como la depresión, ansiedad y agresividad que a su vez estarán acompañadas de otras conductas de riesgo, así como dificultades para afrontar situaciones que les resultan estresantes. Resultados similares hallamos en la presente investigación, observándose que los adolescentes víctimas de violencia familiar presentan bajos niveles de inteligencia emocional en comparación a los que no son víctimas de esta. Asimismo, se ha hallado en el presente estudio lo contrario, es decir que existe mayor nivel de inteligencia emocional en el grupo de adolescentes sin violencia, la cual permitirá tener formas más efectivas de afrontar sus problemas ajustándose mejor a su realidad y obedeciendo a sus demandas, como señalan Extremera & Fernández-Berrocal (2004). Asimismo asocian a la inteligencia emocional con el bienestar psicológico, salud mental, menor sintomatología depresiva y ansiosa y con una menor tendencia a tener pensamientos intrusivos. Entonces podemos decir que la inteligencia emocional es factor relevante que le permitirá al adolescente emplear recursos de afronte a situaciones adversas y frustrantes.

En relación a las hipótesis específicas, se aprecian diferencias significativas en los componentes intrapersonal y manejo del estrés, entre los adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar, siendo los adolescentes que no sufren violencia familiar aquellos que obtienen un rango promedio mayor en estos componentes. Es decir, que estos adolescentes presentan un mejor desenvolvimiento en las habilidades intrapersonales, los cuales le permiten comprender y comunicar sus propias emociones, sentimientos y necesidades, así como la capacidad de diferenciarlos y conocer el porqué de los mismos; de igual forma, este grupo ha alcanzado un puntaje significativo en la escala de manejo del estrés, como ya fue mencionado, lo cual pone en evidencia su habilidad para afrontar adecuadamente eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones sin “desmoronarse”, empleando recursos para enfrentar activa y positivamente el estrés y realizando un ajuste adecuado de sus emociones, pensamientos y conductas a situaciones cambiantes.

Por otro lado, se ha encontrado que los adolescentes que han experimentado situaciones de violencia, presentan mayor índice de depresión. Resultados que guardan relación con el estudio realizado por Pasqualini y Llorens (2010), quienes han observado que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de comportamiento de riesgo (por ejemplo consumo de sustancias psicoactivas, conductas desadaptativas, riesgo suicida, entre otras) y malestar psíquico. Resultados que también tienen concordancia con lo que sostienen Ballesteros y colaboradores (citado en Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013) cuando señalan en diversas investigaciones epidemiológicas que vivenciar negligencia, abuso físico o sexual en la infancia constituyen un factor de riesgo importante para desarrollar depresión. Asimismo, Oliver (2001) observa que las conductas depresivas, autodestructivas y suicidas parecen darse con mayor frecuencia en personas que han llevado vidas familiares crónicamente estresantes. Sin embargo, estos adolescentes no solo se van a ver afectados por la depresión, podrían presentar otros trastornos afines. Asimismo, Vargas et al (citado en Revista Peruana de Epidemiología 2010), afirman que en cuanto al abuso infantil, varias investigaciones han mostrado que los niños que crecen en familias maltratadoras reportan con bastante frecuencia síntomas de depresión. Por otro lado, Pasqualini y Llorens (2010) plantean que los adolescentes no víctimas de la violencia familiar, que viven rodeados de afecto y de fortaleza en sus hogares, aprenden a no sentir temor ante sus propios sentimientos y pensamientos y progresan en su desarrollo emocional, adquiriendo la seguridad esencial para sentirse autónomo, para poder desenvolverse, aprender y para sentirse responsables.

Al observar las puntuaciones en la variable depresión, se aprecia en el grupo con violencia familiar que disminuye las puntuaciones en el componente intrapersonal, ello es un indicador de que entre ambos existe una relación negativa significativa. Donde pone en evidencia que su baja capacidad en este componente, les va a llevar a presentar dificultades para percatarse y comprender sus sentimientos y emociones, diferenciarlos y conocer el porqué

de los mismos; como para actuar asertivamente, autoaceptarse y autorrealizarse, de igual forma evitará que puedan reconocer los aspectos positivos y negativos propios como sus limitaciones y potencialidades, además existirá una escasa habilidad para autodirigirse, sentir seguridad de sí mismo con respecto a sus pensamientos, acciones y ser independientes emocionalmente para tomar sus decisiones. Resultados que tienen correspondencia con lo mencionado por Solloa (2006) en su investigación donde pone en manifiesto que en la depresión infantil y del adolescente existe la presencia de una visión negativa de sí mismo, reflejada en su baja autoestima, escasa capacidad de empatía, se perciben socialmente menos competentes. Igualmente Peroni & Prato, (2005), plantean que existen distorsiones cognitivas referente a la autoimagen y de la visión del mundo (esto se va conformando a partir de los sentimientos provocados por la experiencia de maltrato), se vuelven muy inseguros de sí mismos y de sus capacidades, perciben al mundo como un lugar peligroso, se altera su capacidad de confianza básica.

Al analizar la relación entre el componente interpersonal con la depresión en víctimas y no víctimas de violencia familiar, los resultados señalan que existe relación negativa y significativa entre ambas variables solo en el grupo de adolescentes que sufren violencia familiar. Lo que pone de manifiesto que se encuentran disminuidas sus habilidades para el desempeño interpersonal, donde interviene la empatía, es decir, capacidad para percatarse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás; para establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias y para demostrarse a sí mismo como una persona que coopera, contribuye, considerado como un miembro constructivo del grupo social. Como señalan Extremera & Fernández-Berrocal (2004), que los diferentes estudios han encontrado datos empíricos que apoyan la relación entre la inteligencia emocional y unas relaciones sociales positivas, señalando que los adolescentes más habilidosos emocionalmente tienen más amigos y mejores relaciones interpersonales. Por otro lado, Peroni & Prato, (2005) refieren que existen alteraciones de la vida emocional, como la depresión, reflejada básicamente con disminución de la autoestima,

sentimientos de ineficacia personal, de la conducta de relación, mostrándose inhibidos, tienden a aislarse, rechazan o evitan comprometerse en una relación social.

En referencia al componente de adaptabilidad con la depresión se ha encontrado que existe una relación negativa y significativa en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar. En consecuencia aquellos adolescentes que no han sido víctimas de violencia familiar presentan mayor adaptabilidad y menor presencia de depresión, por tanto, son capaces de apreciar cuán exitosa es una persona para adecuarse a las exigencias del entorno, siendo capaz de evaluarlo y enfrentarlo de manera efectiva en situaciones problemáticas, como también para generar e implementar soluciones positivas, evaluar la correspondencia entre lo que experimentan (lo subjetivo) y lo que en realidad existe (lo objetivo), realizando un ajuste adecuado de sus emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes, igualmente ser flexible para realizar un ajuste adecuado de sus emociones, pensamientos y conductas a situaciones cambiantes (Ugarriza & Pajares, 2006).

En cuanto al componente de manejo del estrés con la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar se ha hallado una relación negativa y significativa siendo más notoria para el grupo de adolescentes que presentan violencia. Resultado que sugiere que las capacidades para actuar bajo presión sin perder la calma están sujetos a niveles bajos o inexistentes de depresión, de igual forma las consecuencias de la manera como se actúa, así como la capacidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones, está vinculado a la habilidad para ejercer control de sus impulsos, es decir, su destreza para ejecutar un ajuste apropiado de sus emociones, pensamientos y conductas frente a situaciones y condiciones cambiantes (Ugarriza & Pajares, 2006).

Finalmente, se acepta la hipótesis específica para todos los componentes de la inteligencia emocional en el grupo de adolescentes víctimas de violencia familiar; y solo para el componente adaptabilidad en el grupo de adolescentes

no víctimas de violencia familiar. Esto podría explicarse debido a la muestra utilizada, la cual se encuentra en un desarrollo evolutivo, perteneciente a la etapa adolescente, aquí se producen importantes cambios que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud, los cuales se dan en un corto tiempo, por lo cual los y las adolescentes transitan un momento de crisis, crisis en el sentido de cambio. Necesitan acomodarse a una situación nueva en el que todas las medidas, que anteriormente servían de marco, sostén y adaptación, pasan a ser cuestionadas. Asimismo se caracterizan por recibir nuevas exigencias del entorno necesitando desarrollar un ajuste necesario para afrontar estas, llegando a una toma de decisión en cuanto a sus metas, por lo que dicho proceso va formándose explicando, en su aun prematuro desarrollo, una diferencia en los resultados de dicha dimensión (Gonzales & Ramírez, 2011). Además las características de la muestra en relación a los factores contextuales en donde se desenvuelve también estarían relacionados con la dimensión de adaptación ya sean o no víctimas de violencia familiar.

Lo que nos lleva a observar que el adolescente que se desenvuelve en una familia disfuncional no ha desarrollado actitudes emocionalmente inteligentes, por lo que, no fortalecerá las relaciones entre sus miembros, perturbando su equilibrio personal y como integrante de un grupo. El desequilibrio generado por la violencia familiar, según Oliver (2001), puede generar depresión y la posibilidad de involucrarse en conductas de riesgo y desadaptativas, como la violencia, actos delictivos, uso de sustancias psicoactivas y conductas sexuales tempranas no protegidas. Asimismo, como señalan Gonzales & Ramírez (2011) que, cuando el ambiente adulto no es capaz de sostenerlos ni de acompañarlos, las consecuencias asociadas a fallas tempranas en los vínculos familiares y/o a sucesivas frustraciones escolares y sociales ponen a prueba al adolescente, y pueden aparecer diferentes expresiones de desamparo, como por ejemplo, conductas de autodestructivas o antisociales.

En relación a lo antes expuesto, se puede apreciar que mientras que los adolescentes que no han experimentado violencia en su hogar, no presentan

depresión y obtienen puntuaciones más elevadas en los componentes intrapersonal, interpersonal y manejo del estrés, diferenciándose de este modo de los adolescentes que sufren depresión. Lo cual quiere decir que estos adolescentes son capaces de adaptarse ante las exigencias del entorno, de evaluarlo y enfrentarse de manera efectiva a las situaciones problemáticas, empleando estrategias autorreguladoras para enfrentarse al estrés, además presentan habilidad para realizar un ajuste adecuado de sus emociones, pensamientos y conductas ante eventos y condiciones cambiantes.

5.2 Conclusiones

Se halla una correlación negativa y significativa, entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes víctimas de violencia familiar y en el grupo que no han sufrido violencia familiar, siendo dicha relación baja. Lo que nos pone en evidencia que dichos adolescentes carecen de recursos internos, los mismos que son propensos a presentar trastornos afectivos y dificultades en su salud mental.

Los adolescentes que han experimentado situaciones de violencia, presentan mayor índice de depresión, siendo este un factor de riesgo para la salud mental, lo que va a repercutir negativamente en su desarrollo posterior.

Existen diferencias significativas en los componentes intrapersonal y manejo del estrés, entre las adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar, siendo los adolescentes que no sufren violencia familiar aquellos que obtienen un rango promedio mayor en estos componentes.

Encontramos que existe relación negativa y estadísticamente significativa entre el componente intrapersonal con la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar. Es decir, que a mayor puntaje en el componente intrapersonal, presenta menor índice de depresión.

Existe relación negativa y estadísticamente significativa entre el componente interpersonal y la depresión solo en el grupo de adolescentes que sufren violencia familiar.

Presenta relación negativa y estadísticamente significativa entre el componente adaptabilidad con la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de edad víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Se encuentra la existencia de relación negativa y estadísticamente significativa entre el componente manejo del estrés con la depresión en adolescentes víctimas y no víctimas de violencia familiar.

Hallamos diferencias significativas al comparar la presencia o no de la depresión con los componentes de la inteligencia emocional en el grupo de adolescentes víctimas de violencia familiar; y solo para el componente adaptabilidad en el grupo de adolescentes no víctimas de violencia familiar

5.3 Recomendaciones

Realizar futuros estudios considerando a los participantes con diferente procedencia, nivel socioeconómico, etnia, entre otros, que de alguna manera reflejen la pluriculturalidad de nuestro país.

Sensibilizar a la comunidad, gobiernos locales y regionales para que incluyan en sus planes de desarrollo acciones de prevención del maltrato en niños, niñas y adolescentes y reforzar estilos de vida saludables,

Establecer redes de prevención en violencia familiar que comprometan a todas las instituciones que trabajan en el tema como la escuela, la municipalidad, los medios de comunicación, colegios profesionales, parroquias, etc.

Desarrollar programas de intervención sobre la equidad de género, autoestima, entrenamiento en habilidades sociales y manejo de emociones, con la finalidad de desarrollar un nivel socio – emocional óptimo en los adolescentes, con el fin de prevenir la aparición de problemas psicológicos y emocionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Fernández F. (2008) El modelo tetra dimensional clínico y neurobiológico del síndrome depresivo. *Revista de Neuro Psiquiatría*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/File/1629/1657>
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. (Tesis) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2562>.
- Arruabarrena, M.; Joaquín de Paul (1999). *“Maltrato a los niños en las Familias: Evaluación y Tratamiento”*. Pirámide. Madrid - España.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington VA
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR*. Washington D.C.: Autor. Pichot, P.
- Averbuj, G. (2010). *Maltrato Infantil: Orientaciones para Actuar desde la Escuela*. Recuperado de http://www.me.gov.ar/construccion/pdf_derechos/maltrato_infantil_orient.pdf
- BarOn, R. (2006). *The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI)*. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3271.pdf>
- Bayona, S & Quintana, E. (2010). *Inteligencia emocional en adolescentes gestantes y no gestantes de un asentamiento humano de la provincia de Piura* (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Piura.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de Depresión*. España: Desclée De Brouwer.

Caballo, V. & Simón, M. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil del Adolescente*. Madrid: Pirámide.

Cabrera, G. (2011). *“Inteligencia emocional y Rendimiento Académico de los alumnos del nivel secundario en una institución educativa de la Región Callao”*. Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación. Lima – Perú: USIL

Caspi, A. (2003). *Genética y medio ambiente en la depresión*. Recuperado el 20 de agosto del 2016 de <http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2039&tc=3&nc=5&art=1547>

Cautwell, D & Carlson G. (1987). *Trastornos Afectivos en la Infancia y en la Adolescencia*. España: Martínez Roca.

Damasio, A. (2005) *En Busca de Espinoza: Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona, España: Crítica

Delgado, E., Ecurra, M., & Torres, W. (2006). *La medición en psicología y educación: teoría y aplicaciones*. Lima: Ed. Hozlo.

Doménech, E., Ezpeleta L. García A. (1988) *Las Depresiones Infantiles*. España: Ed. Morata

Escalante–Romero, L.; et al. (2012). Maltrato Infantil y del Adolescente. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 28-34. Lima Perú

- Extremera, N. & Fernández Berrocal, P. (2004). *El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas*. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 6(2). Consultado en <http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>
- Fernández D. (1991). *Los jóvenes en el Perú, Opiniones, Actitudes y Valores*. Lima: CEDRO.
- Freire, El. (1997). *La Salud del Adolescente: Aspectos Médicos y Psicosociales*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín
- Gallegos, L.; Miegimolle, M. & Planells, P. (2002). *Manejo de la conducta del paciente maltratado*. Acta Odontológica Venezolana, 40(3).
- García, F. (2001) *Conceptualización del Desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas: Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. Real Patronato Sobre Discapacidad*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf
- Gonzáles, M. & Ramírez, L. (2011). *Guía Práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
- Gonzáles, R. & Montoya-Castilla, I. (2015). *Psicología Clínica infanto - juvenil*. España: Ediciones Pirámide.
- Graell A. & Lanza G. (2014) *Mentalización, apego y regulación emocional*. Recuperado el 27 de julio del 2007 de www.desenvolupa.net/Ultims-articles/Mentalizacion-apego-y-regulacion-emocional.-Angelina-Graell-Gustavo-Lanza-10-2014.

Guilera, L. (2007). *Más allá de la Inteligencia Emocional*. Madrid: International Thomson Editores Paraninfo.

Hernández, E. (2014). *Maltrato Infantil*. Recuperado de <http://www.psicologiaonline.com/infantil/maltrato.shtml>

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw- Hill.

Hoffman, L.; París, S. & Hall, E. (1996). *Psicología del Desarrollo de Hoy*. España: Mc Graw – Hill Interamericana.

Hurlock, E. (1996). *Psicología de la Adolescencia*. México: Mc Graw – Hill.

Instituto Nacional de Estadística –INEI (2014). *Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Perú: INEI

Instituto Nacional de Salud Mental: Honorio Delgado Hideo Noguchi (1998). *Programa de Prevención de la Violencia Familiar*. Lima: Departamento de Salud Mental Comunitaria.

Instituto de Salud Mental Hideo Noguchi Honorio Delgado (2014). (Nota de Prensa Virtual – 2014). Lima – Perú. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/np.html>

Kerlinger, F. (1996). *Investigación del Comportamiento: Técnicas y Métodos*. México: Editorial Interamericana.

Lamont, A. (2010). *Effects of child abuse and neglect for children and adolescents*. Recuperado de <https://www.theactgroup.com.au/documents/EffectsofChildAbuseandNeglectforChildrenandAdolescents.pdf>

Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y Depresión*. España: Masson.

Matalinares, M. et al (2005). *Inteligencia Emocional y Autoconcepto en Colegiales de Lima Metropolitana*. Revista de Investigación en Psicología. Recuperado de:
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjOwo2Gv_PPAhWC8CYKHUyqBQEQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2238159.pdf&usg=AFQjCNGvXn7NFhOP-URqYLpoSXFzPMfqA&bvm=bv.136593572,d.eWE&cad=rja

Mendoza, A. (1993). *El Modelo Familiar de los jóvenes en el Perú de hoy*. Lima: CEDRO.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2007). *Maltrato y abuso sexual infantil en el Perú: ¿A cuántos afecta y como enfrentarlo?*. MINDES. Lima: Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual - PNCVFS

Ministerio de Salud (1999). *Sistema Modular de Capacitación de la Violencia Familiar*. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud (2001). *Violencia y Maltrato Infantil: Situación de la Violencia Familiar en el Perú*. Lima: Organización Panamericana de la Salud y UNICEF.

Ministerio de Salud. (2001). *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil*. Lima: MINSA

Ministerio de Salud (2009). *Guía técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia de Género*. Perú: MINSA

- Ministerio de Salud de la República de Chile (2013). *Guía Clínica para Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>
- Ministerio de Salud de la República del Perú y Universidad Peruana Cayetano Heredia (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención*. Lima: Imprenta MINSA.
- Ministerio de Salud de la República del Perú (2007). *Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención: Documento Técnico*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Orientaciones%20para%20la%20Atenci%C3%B3n%20Integral.pdf>
- Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud (2009). *Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia de Género*. Lima: MINSA
- Ministerio de Salud, Instituto Nacional de salud en Lima (2012). *Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia de Género*. Lima: MINSA
- Navarro, R. (2013). *Reforma de la Atención en Salud Mental Proyecto Piloto Huaycán*. Lima: Hospital Hermilio Valdizán.
- Neinstein, L.; Gordon, C.; Katzman, D.; Rosen, D. & Woods, E. (2008). *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Núñez, P. (1998). *Higiene Mental de la Familia*. Lima: Organización Panamericana de la Salud. O.P.S.

Oliver, E. (2001). *Acerca de los Niños y sus Realidades*. Lima – Perú: Libro Amigo.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la Violencia y la salud: Resumen*. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/ary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2009). *Prevención del maltrato Infantil Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Ginebra: OMS.

Papalia, D. & Wendkos S. (1993). *Psicología del Desarrollo*. México: Mc Graw Hill.

Pasqualini, D. & Llorens, A. (2010). *Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral*. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>

Peroni, G.& Prato, J. (2012) *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. – Uruguay, Montevideo: Unicef: Cooperativa Andenes, recuperado de: <http://www.inau.gub.uy/index.php/aportes-para-la-intervencion-en-maltrato-y-abuso-sexual-infantil-y-adolescente>.

Raffo, L. (1994). *Depresión y Autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados*. Revista de Psicología de la PUCP. Vol.XII. N°2. Lima Perú. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4263>.

Ramos, P., Enríquez, H. & Recondo O. (2012) *La Inteligencia Emocional Plena: Aprender A Gestionar Nuestras Emociones Con La Práctica De La Atención Plena (Mindfulness)*. Mexico, Sinaloa :Kairos

- Reátegui, L. (1994). *Estandarización del inventario de depresión para niños de Kovacs (CDI)*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Salguero, J. y Cols. (2011). *Inteligencia Emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional*. Recuperado de: <http://formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/71/96>
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2002). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima – Perú: Editorial Universitaria.
- Sauceda, J. & Maldonado, M. (1998). *Psiquiatría*. España: Mc Graw – Hill Interamericana.
- Scourfield, Rice, Thapar, Harol, Martín & McGuffin (2003). *Los síntomas depresivos en niños y adolescentes: el cambio de las influencias etiológicas con el desarrollo*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14531579>
- Solloa, L. (2006). *Los trastornos Psicológicos en el Niño: Etiología, Características, Diagnóstico y Tratamiento*. México: Trillas.
- Suarez, Y. (2011). *La Inteligencia Emocional como Factor Protector ante el Suicidio en Adolescentes*. Revista de Psicología del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, GEPU – 3 (1) .Colombia. Recuperado de: <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/La-Inteligencia-Emocional-como-Factor-Protector-ante-el-Suicidio-en-Adolescentes.htm>
- Ugarriza, N. & Pajares, L. (2006). *Adaptación y Estandarización del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE: NA, en Niños y Adolescentes*. Lima: Libro Amigo.

UNICEF, (2009). *Maltrato Infantil: una Dolorosa Realidad Puertas Adentro. Desafíos*. Recuperado de: <http://www.uniceflac.org/desafios>

Valdebenito, L. y Larraín, S. (2007). *El Maltrato Deja Huella: Manual para la detección y Orientación de la Violencia Intrafamiliar*. Recuperado de http://www.unicef.cl/archivos_documento/208/UNICEF%20completo.pdf

Vargas H, et al. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*. Vol. XIV (2).

Viviano, T. (2007). *Maltrato y abuso sexual infantil en el Perú: ¿A cuántos afecta y como enfrentarlo? / Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES).

ANEXOS

Ficha de Datos Sociodemográficos

Nombre.....

Edad:.....

Grado de

Instrucción.....

Lugar de Nacimiento..... Lugar de

Procedencia.....

Lugar que ocupa dentro de los

hermanos.....

Sexo: M () F ()

Vive con:

a) Padres ()

b) Solo Madre ()

c) Solo Padre ()

d) Padre y Madrastra ()

e) Madre y Padrastro ()

f) Madre y Tíos ()

g) Madre y Abuelos ()

Otros..... ()

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Colegio: _____ Estatal () Particular ()
Grado : _____ Fecha: _____

INVENTARIO EMOCIONAL BarOn ICE: NA - COMPLETA

Adaptado por

Nelly Ugarriza Chávez

Liz Pajares del Águila

INSTRUCCIONES

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES.** Elige una, y solo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

		Muy Rara vez	Rara Vez	A menudo	Muy a menudo
1.	Me importa lo que les sucede a las personas	1	2	3	4
2.	Es fácil decirle a la gente cómo me siento	1	2	3	4
3.	Me gustan todas las personas que conozco	1	2	3	4
4.	Soy capaz de respetar a los demás	1	2	3	4
5.	Me molesto demasiado de cualquier cosa	1	2	3	4
6.	Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos	1	2	3	4
7.	Pienso bien de todas las personas	1	2	3	4
8.	Peleo con la gente	1	2	3	4
9.	Tengo mal genio	1	2	3	4
10.	Puedo comprender preguntas difíciles	1	2	3	4
11.	Nada me molesta	1	2	3	4
12.	Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos	1	2	3	4
13.	Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles	1	2	3	4

14.	Puedo fácilmente describir mis sentimientos	1	2	3	4
15.	Debo decir siempre la verdad	1	2	3	4
16.	Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero	1	2	3	4
17.	Me molesto fácilmente	1	2	3	4
18.	Me agrada hacer cosas para los demás	1	2	3	4
19.	Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
20.	Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
21.	Para mí es fácil decirles a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
22.	Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
23.	Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
24.	Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
25.	No tengo días malos.	1	2	3	4
26.	Me es difícil decirles a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
27.	Me disgusto fácilmente	1	2	3	4
28.	Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste	1	2	3	4
29.	Cuando me molesto actuó sin pensar	1	2	3	4
30.	Sé cuando la gente está molesta aun cuando no dicen nada	1	2	3	4

Gracias por completar el cuestionario

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS: CDI

M. Kovacs

Nombre:.....Sexo:.....Edad:.....

Colegio.....Grado:.....

Terapeuta:Fecha: / / H.C.:.....

INSTRUCCIONES

A continuación hallarás grupos de oraciones acerca de algunos sentimientos e ideas que presentan la mayoría de los niños. En cada grupo de oraciones deberás escoger la que mejor describa lo que hayas sentido o pensado en estas dos últimas semanas. Una vez que elijas una oración, deberás pasar al siguiente grupo.

No hay respuestas buenas o malas. Sólo escoge la oración que mejor describa el modo en el que te hayas estado comportando recientemente. Marca tu respuesta con un aspa (X) en el recuadro que encontrarás al lado izquierdo de cada oración.

Aquí hay un ejemplo sobre cómo debes resolver este Inventario. Has la prueba poniendo un aspa (X) al lado de la oración que te describa mejor.

Ejemplo:

<input type="checkbox"/>	Leo libros todo el tiempo.
<input type="checkbox"/>	A veces leo libros.
<input type="checkbox"/>	Nunca leo libros.

Trabaja rápidamente y no te demores mucho tiempo en cada pregunta. Asegúrate de no dejar de responder ninguna de ellas. Ahora puedes comenzar.

1

<input type="checkbox"/>	Estoy triste por un momento.
<input type="checkbox"/>	Estoy triste por mucho tiempo.
<input type="checkbox"/>	Estoy triste todo el tiempo.

2

<input type="checkbox"/>	Nada saldrá bien para mí.
<input type="checkbox"/>	No estoy seguro si las cosas saldrán bien para mí.
<input type="checkbox"/>	Las cosas saldrán bien para mí.

3

	Hago la mayoría de las cosas bien.
	Hago muchas cosas mal.
	Todo lo hago mal.

4

	Muchas cosas me divierten.
	Algunas cosas me divierten.
	Nada me divierte en absoluto.

5

	Me siento mal todo el tiempo.
	Me siento mal muchas veces.
	Me siento mal a veces.

6

	A veces pienso en las cosas malas que me están ocurriendo.
	Me preocupa que me puedan ocurrir cosas malas.
	Estoy seguro que me ocurrirán cosas terribles.

7

	Me odio a mí mismo.
	No me gustó a mí mismo.
	Me gustó a mí mismo.

8

	Todas las cosas malas ocurren por mi culpa.
	Muchas cosas malas ocurren por mi culpa.
	Las cosas generalmente no ocurren por mi culpa.

9

	No pienso en suicidarme (matarme)
	Pienso en suicidarme, pero no lo haría.
	Yo quiero suicidarme.

10

	Todos los días siento ganas de llorar.
	Muchos días siento ganas de llorar.
	Alguna vez siento gana de llorar.

11

	Las cosas me molestan todo el tiempo.
	Las cosas me molestan mucho tiempo.
	Las cosas me molestan a veces.

12

	Me gusta estar con la gente.
	Muchas veces no me gusta estar con la gente.
	Definitivamente no me gusta estar con la gente.

13

	No puedo pensar en las cosas.
	Me resulta difícil pensar en las cosas.
	Puedo pensar en las cosas en las cosas fácilmente.

14

	Me veo bien.
	Hay algunas cosas malas en mi apariencia.
	Me veo feo.

15

	Todo el tiempo me tengo que obligar a hacer mi tarea.
	Muchas veces me tengo que obligar a hacer mi tarea.
	Hacer mi tarea no es un gran problema.

16

	Todas las noches tengo problemas para dormir.
	Muchas noches tengo problemas para dormir.
	Duermo bastante bien.

17

	A veces me siento cansado.
	Varios días me siento cansado.
	Todo el tiempo me siento cansado.

18

	La mayoría de los días no tengo hambre.
	Muchos días no tengo hambre.
	Como bastante bien.

19

	No me preocupo sobre dolores y enfermedades.
	Muchas veces me preocupo sobre dolores y enfermedades.
	Todo el tiempo estoy preocupado sobre dolores y enfermedades.

20

	No me siento solo.
	Me siento solo muchas veces.
	Me siento solo todo el tiempo.

21

	Nunca me divierto en el colegio.
	Sólo de vez en cuando me divierto en el colegio.
	Muchas veces me divierto en el colegio.

22

	Tengo bastantes amigos.
	Tengo algunos amigos pero desearía tener más.
	No tengo amigos.

23

	Mi rendimiento escolar es bueno.
	Mi rendimiento escolar no es tan bueno como antes.
	Estoy muy mal en cursos en los cuales solía estar bien.

24

	Nunca seré tan bueno como los demás chicos.
	Puedo ser tan bueno como los demás chicos si quiero.
	Soy igual de bueno como los demás chico.

25

	Nadie me quiere realmente.
	No estoy seguro si alguien me quiere.
	Estoy seguro que alguien me quiere.

26

	Generalmente hago lo que digo.
	Muchas veces no hago lo que digo.
	Nunca hago lo que digo.

	Me llevo bien con la gente.
	Me peleo muchas veces.
	Me peleo todo el tiempo.

Puntaje Total:

1° Aplicación: Re-Test:

Si es re-test, intervalo en días:

Ficha de Tamizaje – Violencia Familiar y Maltrato Infantil

DISA: ESTABLECIMIENTO:
SERVICIO: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ☐ Gineco-obstetricia ☐ CRED ☐ Otros.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO

EDAD: SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

DIRECCION

Lea al Paciente:

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte:

Si es adulto (a):

¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

Si ☐ No ☐
¿Quién?

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo es muy desobediente?

Si ☐ No ☐

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe ...

Físico

- ☐ Hematomas, contusiones inexplicables
- ☐ Cicatrices, quemaduras.
- ☐ Fracturas inexplicables
- ☐ Marca de mordeduras
- ☐ Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
- ☐ Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.
- ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)
- ☐ Problemas con apetito
- ☐ Enuresis (niños)

Psicológico

- ☐ Extrema falta de confianza en si mismo
- ☐ Tristeza, depresión o angustia

- ☐ Retraimiento
- ☐ Llanto frecuente
- ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- ☐ Demandas excesivas de atención
- ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños
- ☐ Tartamudeo
- ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar
- ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad
- ☐ Ausentismo escolar.
- ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- ☐ Bajo rendimiento académico
- ☐ Aislamiento de personas

- ☐ Intento de suicidio
- ☐ Uso alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos
- #### Sexuales
- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas. (niños)
- ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital
- ☐ Embarazo precoz
- ☐ Abortos o amenaza de
- ☐ Enferm. De transm. Sexual.
- #### Negligencia
- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
- ☐ No vacunas o atención de salud
- ☐ Acciden. O enf. Muy frecuente.
- ☐ Descuido en higiene y al niño
- ☐ Falta de estimulación del desarrollo

FECHA: DERIVADO POR FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO